Rok XXVI. Kraków, 12 Lutego 1887. Nr. 7.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, d... narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém** i **Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o kiłowéj wysypce barwikowéj (*Leucoderma syphiliticum*).

Podał
Dr. Ernest Finger,
docent chorób skórnych i kiłowych w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Pamiętając o tém powtórzyłem badanie; jakoż przy zdejmowaniu kołnierza ze szyi przez chorego wpadło mi w oczy kilka białych plam na karku, które mi zaraz leukodermat na myśl przyprowadziły. Poprosiłem chorego, ażeby się w zupełności rozebrał, i wynik tych oględzin sprawił mi z jednéj strony niespodziankę i zadowolenie, z drugiéj zaś był dla mnie pouczającym. Na ciemno ubarwionym karku i szyi silnego bruneta, znajdują się w granicach, do góry aż do dolnéj linii włosów, na dół aż pomiędzy łopatki, na przód aż do przedniego brzegu schylacza głowy, liczne plamy o wielkości soczewicy, aż do wielkości centa, białéj zresztą zupełnie niezmienionéj skóry, otoczone na brzegach pasem ciemnéj skóry, które nam przedstawiają typowy obraz zanadto mało jeszcze rozwiniętego leukodermatu, gdyż plamy te dopiero na niewielu miejscach zlały się ze sobą.

Nie wahałem się w tym przypadku rozpoznać kiłę, a rozpoznanie to zostało przez wynik dalszych oględzin w zupełności potwierdzoném. W lewém podżebrzu znajdował się pierścień wielkości dłoni w trzech częściach zamknięty, a ułożony z brunatno-czerwonych już to łuską, już to strupem pokrytych grudek wielkości soczewicy, któreto grudki zamykały pomiędzy sobą delikatną, w siatkę utkaną, często przez bliznowate, płytkie wyżłobienia zmienioną skórę. Podobne, tylko mniejsze, bo wielkości srebrnego reńskiego gromadki kiłowych guzków na skórze znajdowały się na zewnętrznéj stronie uda lewego prawie w środku i kilka podobnych w półkole ułożonych gruzełków w rowku wieńcowym przechodzących na resztki obciętego napletka. Do téj na twarzy podobna, okrągławo-zaklękniona i jakby utkana z podobnego porostu powstała blizna na grzbiecie, (chory na nią wcale nie zważał, gdyż mu żadnéj dolegliwości nie sprawiała), uzupełniała ten obraz choroby, który obraz pozwalał na pewne rozpoznać kiłową wysypkę grudkowatą ułożoną w gromadki, leukodermat kiłowy na karku i na licu pokrytém włosem, w połączeniu z ograniczoném wyłysieniem. Zdaje mi się bowiem, że jestem w zupełności uprawniony przypuścić, że to samo zaburzenie odżywcze, za następstwo którego zanik barwika uważać musiałem, także do utraty włosów prowadzić mogło, gdyż zaburzenia odżywcze w przebiegu kiły prowadzą bardzo często do utraty włosów, a tutaj na tém samém miejscu przez to samo zaburzenie powstały równocześnie zanik barwika i włosów.

Temu dodatniemu wywodowi z oględzin brakowało w zupełności dat anamnestycznych. Chory przeczy jakoby miał być zarażony kiłą. Tymczasem nie bez interesu są daty z jego rodziny. Ożenił się w 25 r. życia w r. 1868. W latach 1869, 70, 72, 74 urodziło mu się czworo zdrowych dzieci, które obecnie mają lat 17, 16, 14 i 12 i znajdują się w zupełnie dobrym stanie zdrowia. W r. 1878 poroniła żona jego w 6 miesiącu ciąży i wydała płód nieżywy i zgniły, w r. 1880 porodziła znów nieco przed prawidłowym końcem ciąży słabowite dziecko, które miało na sobie „krosty i świerzb“ i po trzech miesiącach umarło. Wreszcie w. r. 1883 urodziło się dziecko dojrzałe i zdrowe, które obecnie ma lat trzy, jest zdrowe i silne.

Z tych dat można z wszelkiém prawdopodobieństwem przypuścić zarażenie się chorego w latach między 1874 a 78, prawdopodobnie bliżéj ostatniego terminu, a więc mniéj lub więcéj przed 8 lub 10 latami, i to tém pewniéj, że o ile sobie chory przypomina przed i w czasie piątéj ciąży swéj żony (1878), téj właśnie, która się poronieniem skończyła, cierpiał wiele na gościec głowy, który go osobliwie wieczór i w nocy dręczył i częstokroć spokój nocny odbierał. Uzy-

skanie dalszych dat przez wywiadywanie pozostało bez skutku. Żona jego była zawsze i jest zdrową i silną.

Terapija, jaką przepisałem, składała się z zażywania jodku potasu 2 gr. na dzień i przykładania plastru z szaréj maści na owe gruzełki kiłowe. Na plamę na twarzy poleciłem, oprócz ciągłego golenia, wymywanie jéj każdego wieczora: *Rp. Acid salicyl. 5·0, Spir. vin. gallic. 250·0* a następnie wcieranie maści:

Rp. Merc. sublim. corros. 0·3,
Merc. praecip. alb. 3·0,
Lanol. Vasel. aa 15·0.

Kiłowe gruzełki znikły bardzo prędko, lecz wysypka barwikowa kiłowa na szyi i karku pozostała bez zmiany. Plama na licu wygląda dziś (16 grudn. 1886) znacznie lepiéj. Raz, że odbarwienie nie jest tak rażącém, czy w skutek sprowadzenia barwika na miejsca bezbarwne, czy téż w skutek zblednięcia ciemno-zabarwionego pasa na obwodzie przez działanie sublimatu, trudno mi jest rozstrzygnąć. Na całéj powierzchni plamy wyrosły obficie, chociaż zawsze jeszcze rzadko posiane, włosy, tak, że chory chce próbować zapuścić brodę na nowo.

Na podstawie opisu przypadku niniejszego możemy poczynić o leukodermacie kiłowym następujące uwagi:

1. Leukodermat kiłowy owłosionych miejsc ciała może pojawiać się w połączeniu z ograniczoném wypadaniem włosów.

2. Leukodermat kiłowy może powstać jeszcze bardzo późno, w przypadkach, które już do trzeciorzędnego okresu kiły zaliczamy.

3. Może się rozwinąć samodzielnie, bez poprzednich wysypek. Że leukodermatu na szyi, a osobliwie na twarzy, nie poprzedziły w tym przypadku gruzełki kiłowe, jest rzeczą dowiedzioną zeznaniem chorego, którego nie uszłyby uwagi owe „porosty" podobnie jak wszelkie inne zmiany, chociażby im żadnego znaczenia nie przypisywał; okoliczności téj dowodzi również brak wszelkich blizn, jakieby kiłowe gruzełki po sobie pozostawić musiały. A że leukodermat już z drugorzędnego okresu kiły istnieje, zdaje mi się rzeczą nieprawdopodobną, sądząc po dosyć świeżéj formie, w jakiéj się przedstawia, jak również z dotychczasowego doświadczenia, jakie o leukodermacie posiadamy.

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

III.

Amputacyja przypadkowa palca wielkiego u ręki prawéj z otwarciem stawu nadgarstkowo-palcowego pierwszego; zeszycie za pomocą srebrnego druta odłamków kostnych, zeszycie przeciętych ścięgien mięśniowych. Wyleczenie z zupełną ruchomością palca.

Danilo Krzywiński, 16-letni chłopiec, z Pikułowic zraniony został 10 listopada 1886 w południe sieczkarnią w rękę prawą. Powstały ztąd znaczny krwotok starano się zatamować chlebem z masłem i opaską. Tegoż dnia o godzinie 6éj wieczorem zgłosił się do mnie z raną kostną oddzielającą na wskróś główkę od trzonu kości nadgarstkowéj pierwszéj prawéj a przebiegającą pionowo i nieco ukośnie do osi kości; na grzbiecie téjże rany kostnéj znajdowała się nieregularna rana szarpana, płatowa, części miękkich; na obwodowych częściach rozwartéj rany po odwinięciu płatu dały się odszukać przecięte ścięgna mięśni: *extensor pollic. longus et brevis*; końce przeciętych ścięgien były oddalone od siebie blisko na 3cm. Rana przechodziła z jednéj strony na stronę dłoniową ręki a mianowicie na brzusiec palca wielkiego, z drugiéj zaś strony stała w związku z drugą nieregularną płatową przebiegającą wzdłuż całéj długości palca wskazującego po jego stronie dłoniowéj. W ten sposób palec wielki wisiał tylko na częściach miękkich brzuśca swego. Staw nadgarstkowo-palcowy pierwszy był otwartym a oba odłamki kostne można było przesuwać ponad sobą. Chory mógł palec wielki zginać, nie mógł go jednak wyprostować.

Przy łaskawéj pomocy Dra Wehra przystąpiłem do założenia szwu kostnego i szwu ścięgien. Po dłuższéj elewacyi odnogi i założeniu w środku przedramienia sprężystego węża Esmarcha oczyszczono dokładnie ranę wodą ciepłą, szczotką, mydłem i 5% karbolem. Przewiercono oba odłamki kostne świderkiem kostnym w dwóch miejscach i zespojono dokładnie za pomocą 2 szwów z drutu srebrnego średniego kalibru. Obcięte krótko końce skręconego drutu wgnieciono w kość. Następnie za pomocą nożyczek zakrzywionych odświeżono części obwodowe przeciętych ścięgien obu mięśni i założono 3 szwy jedwabne nawskróś przez oba ścięgna w okolicy ½ cm. od przeciętych brzegów; końce ścięgna wyprostującego długiego przybliżyłem przytém dwoma węzłami chirurgicznemi, mięśnia krótkiego zaś jednym węzłem. Do szwu ścięgien użyłem Nru 1 jedwabiu wygotowanego w 5% karbolu i zwyczajnéj zakrzywionéj igły; ujmowałem przytém całą grubość ścięgien. Ranę na całéj długości zespoiłem szwem kuśnierskim, przyczém założyłem 2 dreny: jeden w zatokę wzdłuż rany palca wskazującego, drugi zaś w kącie między obiema palcami. Po oczyszczeniu rany sublimatem założyłem opatrunek sublimatowojodoformowy, ustaliłem odnogę szyną z tektury i usunąłem węża Esmarcha.

Gojenie odbywało się przy dość znacznem ropieniu; 22/11 usunięto dreny, a 26/12 rana na całéj przestrzeni zabliźniła się; ruchomość palca wielkiego jest zupełną w obydwu kierunkach; palec wskazujący jest nieco sztywny; dla tego kilkanaście razy wykonano forsowne zgięcie tegoż i polecono choremu powtarzać zginania podobne często; szynę usunięto; założono jeszcze opatrunek z waty Brunsa i opaski organtynowéj krochmalonéj. Po zastósowaniu kilkunastorazowém forsownego zgięcia palca wskazującego ruchomość tegoż powróciła zupełnie.

W przypadku powyżéj opisanym nie zastósowaliśmy, pomimo pierwotnego planu, żadnego ze sposobów szycia ścięgien podanych niedawno przez Wölflera (*Wien. med. Woch.*, 1884, Nr. 49, str. 1454), zapewniających dokładniejsze zbliżenie końców przeciętych, obawiając się nekrozy tychże, wyniknąć mogącéj z zaciśnięcia dla wąskości tychże ścięgien, jak to miało miejsce w kilku przypadkach Wölflera (l. c.). Że prosty przez nas użyty sposób szycia w naszym przypadku nie zawiódł pomimo oddalenia kikutów ścięgien, udowadnia nam to przywrócenie zupełnéj funkcyi ścięgien. Do szwu kostnego użyłem z korzyścią srebrnego drutu, przekonawszy się na kilku resekcyjach kolana, że zrost odłamków kostnych po zastósowaniu tego materyjału do szycia bywa nadzwyczaj silnym; nadto pozostawić go można bez szkody dla organizmu na zawsze w odłamkach kostnych, co też i w tym przypadku uczyniłem.

Obawiałem się w tym przypadku nekrozy główki kości

nadgarstkowéj z powodu otwarcia stawu; obawa ta jednak na szczęście nie sprawdziła się, a krążenie na około szyjki było dostateczném do odżywienia główki. Hüter (*Chirurg.* II wyd., II tom, IV odd. str. 89) radzi wprawdzie w przypadkach odcięcia główki falangi palca albo kości nadgarstkowéj wyjąć ją jak przy resekcyi twierdząc, że w razie pozostawienia i przyrośnięcia główki przyszłoby do tak znacznego przerostu torebki stawowéj (dołączającéj się zazwyczaj do wytworzonéj kostniny), że powstałaby ztąd ankiloza utrudniająca funkcyję palca. W naszym przypadku pozostawienie główki nie upośledziło wcale funkcyi palca.

III. Leczenie zapalenia płuc włóknikowego.

Napisał

Dr. Paczkowski w Pelplinie.

Prace mężów, wysokie w dziedzinie medycyny dzierżących stanowisko, jak Dietla, Niemeyera, Schmidta, Laboulbêna, Legendra i wielu innych, nadały całkiem inny kierunek leczeniu zapalenia płuc dławcowego. Zdania, że przetwory antymonu zajmujące aż dotąd tak wybitne stanowisko w zwalczaniu téj choroby są bez wpływu na jéj przebieg, poczęły się mnożyć i tak zeszła większa część profesorów, a za nimi ich uczniowie, z zajętéj pozycyi i wstąpiła na drogę wyczekiwania wołając coraz głośniéj: „patrzcie, oto ulepszenie samoistne“. Mała tylko garstka oparta o nabyte doświadczenia trzymała się dawnego sposobu podnosząc głos poważny w obronie utartego kierunku a do ich grona zaliczamy największą ówczesną powagę na polu medycyny wewnętrznéj, prof. Trousseau. Posłuchajmy jego głosu: „Czy godzi się“ powiada ten uczony, „na podstawie, że w tak wielu przypadkach zapalenie płuc bez pomocy lekarskiéj pomyślny bierze obrót, w obec téj choroby wyczekujące zająć stanowisko? Mojém zdaniem nie, i nie jestem w stanie zostać bezczynnym w obec takiéj choroby. Przywołany do chorego na zapalenie płuc spieszę na pomoc z całym przyrządem przeciwzapalnym“. Wiadomo, że Trousseau tylko w obec pewnych groźnych objawów używał wenesekcyi a ograniczał się, jak sam powiada, z wielką korzyścią do używania antymonu i to wyłącznie *kermes minerale*, a u dzieci *stib oxydat. alb.*, podczas gdy wszyscy inni używali *stibio-kali tartar.* Na pochwałę tych dwóch środków powiada co następuje: „*Stibio-kali tartaricum* wywołuje już w małéj ilości zapalenie jamy ustnéj, żołądka i kiszek, w skutek czego nie można środka tego dawać choremu aż do usunięcia zapalenia płuc, ale jest przetwór antymonu równający się *stibiok-ali tartaric.* w działaniu na płuca i serce bez wpływu szkodliwego na jamę ustną, żołądek i kiszki, a tym jest *kermes minerale*, mogący być dany nawet w poważnéj dawce“. Jego téż zdaniem przypisać należy szkodliwemu działaniu *stibio-kali tartaric.* na żołądek i kiszki, a ztąd mniéj wybitnemu na zapalenie płuc, zaniechanie zupełne tego leku przeciw téj chorobie przez tak przeważną liczbę lekarzy. Jako wychowaniec szkoły, zwolenniczki stanowiska wyczekującego, trzymałem się zasad mego szanownego profesora aż do roku 1871. Wtedy to miałem sposobność zetknięcia się z literaturą francuską i zapoznania ze sposobem leczenia zapalenia płuc za pomocą *kermes minerale*, którego się aż do téj chwili trzymam. Spostrzeżenia moje rozciągają się na bardzo liczny zastęp, bo na przeszło 500 chorych a poważna to przecie liczba, mogąca wykazać dobitnie skuteczność lub bezskuteczność jakiegokolwiek leku. Począwszy od roku 1871 aż do chwili obecnéj leczyłem 532 chorych na zapalenie płuc za pomocą *kermes minerale*, a liczba ta obejmuje chorych rozmaitego wieku obojéj płci od pięciu aż do przeszło ośmdziesięciu lat życia. Z téj liczby przypada na wiek od 5 do 10 lat życia 26 chorych, od 10 do 20 lat życia 63 chorych, od 20 do 50 lat życia 293 chorych, od 50 do 60 lat życia 92 chorych, od 60 do 70 lat życia 50 chorych, od 70 do 88 lat życia 8 chorych. Razem 532 chorych. Z tych umarło dziewięciu, a mianowicie: 1) Wdowa 54-letnia, dawniéj zdrowa, zapadła na obustronne zapalenie. Mimo natychmiastowego zasięgnięcia pomocy lekarskiéj umiera już trzeciego dnia po zachorowaniu a *kermes* bez zwłoki dany okazuje się bez wpływu na przebieg choroby. — 2) Wyrobnik 48-letni, dość silny, dawniéj zdrowy, w opiekę lekarską oddany trzeciego dnia po zachorowaniu, spożywa tylko dwa gramy kermesu i bardzo nieregularnie i umiera ósmego dnia. — 3) Obywatel 42-letni, miernych sił, dawniéj zdrowy, oddał mi się w opiekę czwartego dnia po zachorowaniu. Kermes bez wpływu, śmierć ósmego dnia. — 4) Wyrobnik 32-letni, cierpiący na chorobę Brighta z powiększeniem i hypertrofiją serca w trzecim okresie. Kermes bez wpływu, śmierć piątego dnia. — 5) Wdowa 62-letnia, słabowita, zapada po raz trzeci na zapalenie płuc. Kermes użyty trzeciego dnia po zapadnięciu bez wpływu, śmierć szóstego dnia. — 6) Nauczycielka 42 letnia, bardzo słabowita, kermes użyty zaraz następnego dnia po zachorowaniu sprowadza polepszenie, ale dnia czwartego następuje poronienie sześciotygodniowego płodu bez pogorszenia stanu choroby. Dnia siódmego donosi mąż, że brzuch się wzdął (powodu nie znam, choréj nie widziałem) a ósmego dnia chora umiera. — 7) Wyrobnik, 72-letni pijak nałogowy. Kermes użyty czwartego dnia po zachorowaniu, *delirium tremens*, a siódmego dnia śmierć. 8) Wyrobnica, 58-letnia, słabéj budowy. Kermes użyty czwartego dnia po zachorowaniu nie przynosi ulgi; chora umiera szóstego dnia. — 9) Poborca 78-letni; kermes przepisany trzeciego dnia po zachorowaniu nie polepsza stanu choroby i czwartego dnia chory umiera.

A więc na 532 chorych umarło dziewięciu, 1,69 %, a wyzdrowiało 523, liczba jeszcze żadnym innym środkiem nieosiągnięta. Jeżeli zaś zważymy, że jeden z chorych może tylko przez własną winę śmierć poniósł nie używając w przepisanéj ilości zalecanego leku, że do śmierci drugiego przyczyniła się przeważnie choroba Brighta i sercowa, zmniejszy się liczba umarłych o dwóch i zostanie tylko siedmiu.

Co do wieku przypada na 293 chorych w wieku od lat dwudziestu do pięćdziesięciu 4 przypadki śmierci, czyli 1,36 %, na 92 chorych w wieku od 50 do 60 lat 2, czyli 2,17 %, a na 50 chorych w wieku od 60 do 70 lat 2 czyli 25 %.

Przypatrzmy się teraz stronie dodatniéj środka. Tu przedewszystkiém baczyć musimy na to, aby lek zawsze był świeży. Zdarzały mi się bowiem przypadki, w których kermes wzięty z aptek, gdzie go lekarze miejscowi wcale nie używali, gdzie więc przez lata spoczywał nieruszany, nic nie pomagał, gdzie zaś posłany z apteki miejsca mego zamieszkania w kilku godzinach u tych samych chorych zmieniał stan choroby. W dalszém rozpatrywaniu stron dodatnich musimy wziąć w rachubę czas, w jakim chorzy po zachorowaniu zasięgnęli rady lekarskiéj, skutek têm wybitniejszy, têm więcéj w oczy bijący, im rychléj po zapadnięciu chory zaczął używać kermesu. Podzielmy tu chorych na takich, którzy *a*) dnia drugiego, *b*) trzeciego, *c*) czwartego do siódmego oddali się lekarzowi w opiekę. Najwyraźniéj zarysował się skutek dobry,

jeżeli dano kermes drugiego a najpóźniéj trzeciego dnia po wybuchnięciu choroby i to, jak już powiedziałem, bez różnicy wieku. Lecz niestety udaje się do lekarza z przyczyn od niego niezależnych zbyt mało chorych już w tym okresie. Z całéj liczby przypada na *a*) tylko 57, na *b*) 123, reszta na *c*). W trzech tylko z tych 57 przypadków pod *a*) trwała choroba pięć i sześć dni, u młodzieńca ośmnaście i mężczyzn 32- i 40-letnich, ale byłyto wszystko przypadki ciężkie, z przebiegiem więcéj durowym. Tu wpływ kermesu samego mniéj się uwydatnił i zwrot w chorobie nastąpił dopiero po połączeniu kermesu z wielką dawką chininu dziennie na raz 1,50 gramów. U reszty nie trwała choroba nigdy nad 24 godzin po rozpoczęciu używania kermesu. Jest nawet 21 przypadków takich, w których dwanaście do szesnaście godzin wystarczyło do zupełnego usunięcia choroby. Wspomnę z nich kilka. 1) Aptekarzowa S., 20-letnia, zachorowała wieczorem. Następnego dnia o godzinie dziewiątéj z rana otrzymuje kermes, a o godzinie dziesiątéj wieczorem ani śladu choroby [1]. — 2) Rzeźnik B., 34 l., chory jeden dzień i jednę noc. Rano o godzinie ósméj dostaje kermes, a na wieczór o godzinie dziewiątéj ani znaku choroby. — 3) Mularz S., 30 l., dostaje po 26 godzinach choroby kermes, a czternaście godzin późniéj wszystko znikło. — 4) Dziewczynka R., 8 l., dostaje kermes po 30 godzinach choroby, 18 godzin potém wszystko ustąpiło. — 5) Wreszcie wspomnę z przyjemnością o dostojnym pacyjencie najprzewielebniejszym ks. b. M. z Pelplina, który w 89 roku życia zapadł na zapalenie płuc. Po zaziębieniu spostrzeżono u niego w niedzielę stan gorączkowy. Przywołany w nocy z niedzieli na poniedziałek stwierdziłem tylko znaczne podniesienie ciepłoty i przyspieszenie tętna do 96 na minutę. Pogrążonego w twardym śnie nie zbudziłem i podążyłem do niego w poniedziałek o godzinie ósméj zrana, gdzie o pojawieniu się zapalenia płuc w lewym boku na dole już nie było wątpliwości. Ciepłota 39,1°C., tętno 90 na minutę. Przepisałem kermes. O godzinie trzeciéj z południa wspólna narada ze sprowadzonym w tym celu z Gdańska kolegą, który rozpoznanie potwierdził. Chory ma się lepiéj, ciepłota 38,2°C., tętno 80 na minutę, plwociny mniéj krwawo zabarwione. O godzinie pół do dziewiątéj z wieczora ciepłota 37,6°C., tętno 74 na minutę, plwociny zupełnie czyste. Dnia następnego zrana o godzinie ósméj ciepłota 36,8°C., tętno 60 na minutę, plwociny czyste, chory wstał a po trzech dniach znikł kaszel i wydzielina.

Jak w poprzednio przytoczonych przypadkach, tak i tu nie było pomyłki w rozpoznaniu, co zresztą kolega Dr. Lach potwierdzić może. Posądzony w kołach koleżeńskich w prywatnéj pogadance o szarlataneryję nie podniosłem głosu w swéj obronie odkładając to do czasu, w którym z obszerniejszém wystąpię sprawozdaniem z leczenia wszystkich chorych na zapalenie płuc. Dwa lata późniéj zapada ten sam dostojnik znowu na zapalenie płuc jako starzec przeszło dziewięćdziesięcioletni, ale teraz już dwie godziny po zadaniu kermesu w dwóch tylko pigułkach następuje osłabienie, bezprzytomność, chory nie może pigułek połknąć i dnia następnego umiera. (Ten przypadek niezaliczony do liczby ogólnéj chorych z powodów z powyższego opisu wynikających).

W przypadkach pod *b*) jest między 123 chorymi prawie połowa, gdzie po użyciu kermesu zapalenie nagły bierze zwrot i po upływie 12 do 24 godzin znika, aby ustąpić miejsca szybkiemu wyzdrowieniu. Reszta z nielicznym wyjątkiem w ten sposób przebiega, że zjawia się znaczne polepszenie, które z każdym dniem postępując sprowadza siódmego lub ósmego dnia zupełne ustanie zapalenia.

U chorych trzeciéj kategoryi nie było tak nagłego zwrotu w chorobie, ale z małemi wyjątkami zauważyłem ulgę we wszystkich dolegliwościach a polepszenie równie z każdym dniem postępujące doprowadzało siódmego lub ósmego dnia do zupełnego opadnięcia zapalenia. Wszędzie, nawet u ludzi w podeszłym wieku, była rekonwalescencyja prędka, bez przejścia w stan przewlekły, nigdzie nie miałem powikłań. Ale były też i ujemne strony w tym obrazie, o których zapomnieć nie można. W przypadkach ze szczęśliwym przebiegiem napotykałem takie, w których choroba uporała się z zadanym środkiem. Byłyto wszystkie przypadki ciężkie z przebiegiem więcéj durowym, w których wielkie dzienne dawki chininu 1,25 do 1,50 na raz w połączeniu z kermesem regularnie piątego, szóstego aż do ósmego dnia do pożądanego prowadziły celu.

W sposobie dawania leku trzymałem się przepisu prof. Trousseaua: *Kerm. mineral.* 2,0, *Extr. digital.* 0,15, *Opii pur.* 0,05, *Extr. qs. ad. pil. Nr.* 32, *DS.* Co dwie godziny dwie pigułki we dnie i w nocy. Dołączenie makowca, który Trousseau dawał dopiero po ukazaniu się wymiotów lub rozwolnienia, uważam za konieczne, aby z góry przypadom tym zapobiedz i chorego nie osłabić. Tę samą dawkę dostawali starcy nawet i dzieci (z mniejszą dawką makowca), u ostatnich stosownie do wieku zaczynałem od jednéj pigułki co 2 godziny przechodząc po kilku godzinach do dwóch co 2 godziny. Nigdzie nie widziałem szkodliwego wpływu na jamę ustną, żołądek lub kiszki, jakkolwiek kilka razy dawałem po 3 pigułki co 2 godziny. Trzy razy zdarzyło mi się, że chory mimo makowca pół godziny po wzięciu pierwszych dwóch pigułek zaczął wymiotować, co się regularnie za każdą dawką powtarzało. W têm położeniu schodziłem do jednéj a nawet do pół pigułki co 2 godziny i wtedy dopiero zwiększałem dawki, kiedy się żołądek chorego do środka przyzwyczaił, co zwykle nastaje. Po przełamaniu się choroby daję po 2 pigułki co 3 godziny i wreszcie przestaję zupełnie przechodząc w przypadkach późno mi w opiekę oddanych lub słabo kermesowi ustępujących do *Inf. Ipecac.* 1,0—2,0 na 180,0 z *Ammon. muriat.* 5,0 co 2 godziny łyżkę stołową, jak to dawniéj czyniono; tam zaś, gdzie znaczne okazuje się stłumienie odgłosu wypukowego, do *Kal. jodat.* podług przepisu Leberta przez dziesięć lub więcéj dni. Skutki bardzo dobre.

Niesłusznie zatém zaniechano tak znakomitego środka w zapaleniu płuc, któremu należy się wszelkie uznanie. Być może, że przyszłość wynajdzie coś lepszego, ale obecnie nic go zastąpić nie zdoła. Czy lek ten niszczy wprost zaród chorobowy, czy też w ten sposób działa, że przez działanie na płuca i obieg krwi odbiera mu siłę rozmnażania się orzec nie mogę. Będą to w stanie sprawdzić koledzy fachowi pracujący w dziedzinie bakteryjologii.

[1]) Na czém opierano rozpoznanie choroby? *(Przyp. Red.)*

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Hlava: **O czerwonce.** (Wykład miany na uroczystém posiedzeniu Spolku lek. česk. d. 24 stycznia rb.)

Etyjologija czerwonki mimo licznych usiłowań dotąd nie jest wyjaśnioną. Spostrzeżenia Priora, Zieglera, Condorelli-Mangeriego, Aradasa, którzy skonstatowali w téj chorobie

mikrokoki, streptokoki, laseczniki bez i ze sporami na końcach, nie zostały dotąd potwierdzone w czerwonce europejskiéj. Natomiast na uwagę zasługują ameby w czerwonce tropicznéj, które spostrzegali: Koch, Kartulis, Sousino i Grani.

Materyjału do studyjów prelegenta dostarczał tutejszy szpital dla umysłowo chorych, w którym czerwonka jest dosyć częstą chorobą. Wszystkie przypadki od początku roku 1885 do końca roku 1886 były zbadane pod względem bakteryjologicznym i anatomicznym (stolce chorych, treść jelita po sekcyi i ściany jelit). Oprócz tych przypadków (60) miał prelegent sposobność zbadania dwóch przypadków t. zw. sporadycznéj dysenteryi i dziesięciu przypadków, w których choroba ta była tylko powikłaniem innych chorób zakaźnych. Rozchodziło się o wyjaśnienie następujących pytań:

1) Jakie prątki rozwijają się w części dysenterycznéj jelita?

2) Czy niektóre z nich są stałém zjawiskiem i które?

3) Czy niektóre znajdują się stale w skrawkach jelita dysenterycznego?

4) Czy można za pomocą stolca dysenterycznego przenieść tę chorobę na zwierzęta?

5) Która z postaci najwięcéj stałych wywołuje u zwierząt sprawę podobną?

6) Czy są jakie anatomiczne różnice między różnemi postaciami czerwonki?

W stolcach dysenterycznych znaleziono następujące formy mikroorganizmów (znane z prac Eschericha i Flüggego): 1) *bacillus coli communis*, 2) *bac. lactis aërogenes*, 3) *bac. subtilis*, 4) *staphylokokkus albus liquefaciens*, 5) *staphylokokkus pyogenes aureus*, 6) *staphylokokkus cereus albus*, 7) *staphylokokkus cereus flavus*, 8) *staphylokokkus cereus ruber*, 9) *staphylokokkus magnus liquefaciens*, 10) *streptokokkus gracilis liquefaciens*, 11) *proteus vulgaris* (Hauser), 12) *proteus mirabilis* (Hauser), 13) *saccharomyces albus*, 14) *saccharomyces roseus*, 15) *bacillus fluorescens liquefaciens*, 16) *bacillus fluorescens non liquefaciens*.

Te twory były najczęstsze a nadto znaleziono niekiedy mukory, aspergile i kilka dobrze charakteryzowanych bakteryj (*bacillus oratus fuscus, bacillus spiryloides, bacillus anthracoides, bacillus coli valde crassus, bacillus villosus, bacillus tenuis non liquefaciens).* Sąto same bakteryje, które i w innych biegunkach a częściowo w stolcach prawidłowych się znajdują.

Ze wszystkich skrawków robiono skrawki z jelit, barwiono podług metody Grama, prostym sposobem przez dłużéj trwające barwienie barwami alkalicznemi z następującém odbarwieniem w alkoholu lub wodzie zakwaszonéj i podług metody Cornila-Alvareza. W większéj czśći przypadków znaleziono na powierzchni błony śluzowéj koki i grube bacile, podczas gdy wśród miejsc nekrotycznych znajdowały się cieńsze bacile, niekiedy diplobacile, bacile ze sporami na obu końcach a niekiedy streptokoki. Stale się znajdującego mikrobu nie znaleziono.

Co do części eksperymentalnéj, to autor wstrzykiwał najczęściéj świeże stolce lub też zeskrobaną miazgę nekrotyczną z powierzchni jelita i to albo *per rectum* albo po laparotomii do dwunastnicy. Z 17 psów nastąpiła tylko u dwóch w 4 dni po injekcyi biegunka, w 8 dni jednak zupełnie ustała. U czterech kotów z 6ciu przypadków już na drugi dzień wystąpiła biegunka, która wkrótce stała się krwawą a w stolcach znaleziono strzępki nekrotyczne błony śluzowéj. W dwóch przypadkach sekcyja wykazała owrzodzenia błony śluzowéj, obrzmiałéj i zaczerwienionéj. Rezultat injekcyj u ośmiu królików, dwóch kur, dwóch skrzeczków, dwóch morskich świnek był ujemny.

Doświadczenia, wykonane z wszystkiemi formami bakteryj, miały też wynik ujemny, liczba ich wynosiła 70. Jeżeli wstrzyknięto przez dwunastnicę mnóstwo mikroorganizmów, znaleziono u niektórych morskich świnek i królików zmiany odpowiadające zap. nieżytowemu. Nigdy nie zauważono zmian odpowiadających czerwonce.

Na zasadzie swych doświadczeń przyszedł prelegent do następujących wniosków:

1) Prątki nie są przyczyną bezpośrednią sprawy dysenterycznéj, bo nie można wywołać jéj u zwierząt żadną formą mikroorganizmów, jakie się znajdują w czerwonce.

2) Stolce dysenteryczne wywołują tę chorobę u kotów.

3) Nie zdają się też istnieć żadne jakościowe różnice anatomiczne w dysenteryi endemicznéj i sporadycznéj.

W skutek tego zwrócił autor uwagę na ameby, i w dwóch przypadkach znalazł je w wielkiéj ilości Ameby te są różnéj wielkości podługowate lub owalne (długość 0·012μ.— do 0·036μ., szerokość od 0·011μ. do 0·018μ.). Na amebach można rozpoznać pierwoszcze ziarniste, a więcéj jednorodne na obwodzie. Pierwoszcze jest barwy szaro-zielonawéj a w nim liczne jameczki. Ruchy następują tym sposobem, że najpierw wysuwa się część jednorodna a za nią dopiero porusza się część ziarnista. Ruchy ameb w wodzie pod szkiełkiem nakrywkowém trwają około 10 godzin, ku końcowi stają się coraz powolniejszemi, ameba staje się więcéj okrągłą, aż wreszcie, gdy wszystkie ruchy ustały, przedstawia się ona jak komórka, która od innych z treści jelita (leukocytów i przybłonków) różni się przecież swym połyskiem zielonawym i swém pierwoszczem ziarnistém, zakrywającém jądro. Jeżeli preparat powoli wyschnie, to ameby znów są okrągłe, mają wyraźną otoczkę, ziarniste pierwoszcze i jameczki. Dzielenia się ameb dotąd autor nie spostrzegł. W stolcach znajdują się ameby najczęściéj w stanie spoczynku.

Te dwa przypadki z amebami skłoniły autora do szukania tych organizmów i w innych swoich przypadkach. W 65 stolcach z wyżéj podanych przypadków skonstatował autor znaczną ilość ameb, daléj znalazł je w skrawkach z jelita w 20 przypadkach, tak na powierzchni błony śluzowéj, jak w tkance jéj podśluzowéj. Jamkami i oddziaływaniem na barwy różnią się ameby od komórek tucznych Ehrlicha.

Ameby są zatém stałym objawem w czerwonce. Najczęściéj znajdujemy je w stanie spoczynku, w świeżych zaś stolcach można na nich w każdym razie skonstatować ruchy; a zatém byłyby one prawdopodobną przyczyną nie tylko czerwonki endemicznéj ale i sporadycznéj. Jeżeli autorowi uda się za pomocą injekcyj ameb (obecnie tém się zajmuje) wywołać u zwierząt czerwonkę, przypuszczenie jego stałoby się pewnikiem. *Dr. Andrzej Obrzut.*

Medycyna wewnętrzna.

Dr. G. Stricker: O leczeniu bielicy.

W roku 1883 ogłosił Kirnberger (*Deutsch. med. Wochenschrift* Nr. 41) przypadek bielicy wyleczonéj za pomocą wziewań tlenu. Byłto pierwszy zarazem przypadek podobnego leczenia i wyleczenia z ciężkiéj formy bielicy. Zachęcony tym skutkiem S. przedsięwziął szereg doświadczeń w klinice prof. Riegla i przekonał się również o dodatniém działaniu tlenu na przebieg bielicy. Chory wziewał dziennie po 30 litrów tlenu w 2 porcyjach i już po tygodniu zauważono znaczne polepszenie ogólne, przybytek ciężaru

ciała i znaczne powiększenie ilości ciałek czerwonych krwi, a zmniejszenie białych. Powoli powiększając ilość wziewanego tlenu doszedł chory do 60 litrów na dzień i odpowiednio do tego stan jego wyraźnie się polepszał. W skutek zepsucia aparatu musiano zaniechać wziewań przez dni 8. Już po tych 8 dniach skład krwi zmienił się na niekorzyść chorego. W kilka dni potém, nie będąc jeszcze zupełnie wyleczonym, chory czując się zupełnie dobrze opuścił klinikę i wrócił do niéj w 3 tygodnie, kiedy się stan pogorszył. Dalsze leczenie wziewaniami tlenu nie miało już pożądanego skutku, stan chorego z dniem każdym się pogarszał i po 4-miesięcznym pobycie w klinice umarł. Jakkolwiek więc ostateczny wynik był niepomyślny, z całego jednak przebiegu można wnosić, że wziewania tlenu w bielicy poprawiają stan chorego i możliwość wyleczenia wcale nie jest wykluczona, lecz w niezastarzałych przypadkach, tylko świeżych. W każdym razie te dwa przypadki mogą być zachętą do dalszych doświadczeń, tém bardziéj, że przeciwskazania nie ma. (*Münch. med. Wochenschrift* 1886, Nr. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Dr. Přibram: **Leczenie duru wysypkowego antipyryną.** Prof. P. próbował stósować w durze wysypkowym antipyrynę dając 1—2 grm. na dawkę, i otrzymywał zwykle obniżenie ciepłoty, nieraz nawet zapady, ale szczególnego wpływu na sam przebieg duru nie zauważył. Mając znaczny materyjał obserwacyjny mógł P. chorych na dur wysypkowy poddawać kuracyi albo antipyryną albo leczeniu zimnemi kąpielami lub téż stósować metodę wyczekującą. Z licznych tych obserwacyj P. przychodzi do wniosku, że wielkiéj różnicy w przebiegu duru wysypkowego u chorych leczonych czy to antipyryną czy téż kw. karbolowym lub wyczekująco nie ma, a co do antipyryny zauważył, że ona przebiegu nie skraca, lecz raczéj go przedłuża, powroty choroby są częstsze, a nieraz zdarzają się obfite krwotoki z kiszek, nosa lub oskrzeli. Za to gorąco przemawia za stósowaniem zimnych kąpieli u chorych, którzy nie mają zapalenia płuc, nerek lub łatwo podlegają zapadom, a których ciepłota przewyższa 39°. W takich razach należy podawać kąpiel na 23° przez ciąg 10—15 minut, jeżeli dreszcze lub zapad nie zmuszą do skrócenia kąpieli. Przy takiém leczeniu ciepłota zwykle opadała o 1°—½°, a choć się późniéj podniosła, to jednak do dawniejszéj wysokości nie dochodziła, ogólny stan chorego był znacznie lepszym, majaczenia ustawały, siły się wzmagały, język stawał się wilgotniejszym, apetyt się poprawiał. Czas trwania choroby średnio był krótszy, powroty choroby i krwotoki rzadsze a z innych przypadłości zauważyć można było raz tylko silny zapad, dwa razy silne dreszcze, a raz zapalenie płuc bezpośrednio po kąpieli rozwijające się. Tylko w praktyce prywatnéj, gdzie nie można przeprowadzić systematycznych kąpieli, tam należy stósować środki przeciwgorączkowe. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1886, Nr. 52). *Dr. J. Surzycki.*

Bergeon: **Lewatywy gazowe.** W suchotach płucnych stósował B. lewatywy gazowe do odbytnicy, używając do tego 45 litrów kw. węglowego przepuszczonego przez 250 grm. wody zawierającéj siarkę. Już po kilku dniach stósowanie lewatyw 2 razy dziennie sprowadziło zmniejszenie się kaszlu i potów siły chorego wzmagały się, oddychanie było lżejsze, gorączka mniejsza i ogólny stan chorego lepszy. Tą metodą leczył też B. owrzodzenia w krtani i sprawy zapalne w krtani i gardzielu, otrzymując przytém dobry skutek. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj 2 listopada r. z. przedstawił właśnie chorą wyleczoną w przeciągu 3 tygodni z wrzodów gruźliczych w krtani. (*Wien. med. Blätter* 1887, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Dr. L. Gutsch. **O możności rozszerzenia granic osteoplastycznéj resekcyi stopy według Mikulicza.** (Wykład na XV Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie).

W 1885 roku wykonał autor u 12-letniego chłopca z powodu gruźlicy stopy najpierw resekcyję stawu skokowego. Gojenie się rany było z początku zupełnie prawidłowe, przy 5ym jednak opatrunku ziarnina powierzchowna przybrała charakter gruźliczy, a przy wyskrobaniu przekonano się, że naciek gruźliczy i całą jamę po resekcyi zajmował i wzdłuż pochewek ścięgnistych ciągnął się znacznie ku górze. W obec tego nie było innéj rady, jak amputować podudzie. Autor postanowił jednak wykonać w znaczniejszych granicach osteoplastyczną resekcyję Mikulicza. Cięcie w kościach stopy wypadło tuż po za stawem Lisfranca, górne zaś 7 cm. powyżéj kostek, mostek skórny był tylko 3 cm. szeroki a 9 cm. długi, po zeszyciu zaś rany fałd powstały w skutek tego wystawał na 3 do 4 cm. Po 7 tygodniach kości się zrosły, po 3 miesiącach chory zaczął chodzić o kuli, w 6 miesięcy zaś późniéj chory chodzi w odpowiednim trzewiku zupełnie bez żadnéj podpory. Odnoga operowana skrócona była o 5 cm., z których dwa wyrównały się obniżeniem miednicy, trzy zaś wyższą podeszwą u trzewika. Autor w obec skrócenia odnogi musiał naturalnie przeciwnie postąpić jak Mikulicz — u Mikulicza odnoga operowana jest równą lub za długą, odnoga więc zdrowa dostaje wyższą podeszwę; w przypadku autora zaś odnoga operowana była krótszą, ją więc trzeba było zapomocą podeszwy przedłużyć.

Że kikut choćby względnie tylko dobrze funkcyjonujący jest lepszy od najlepszéj protezy, o tém wątpić nie można; dla tego autor poleca opierając się na swym przypadku operacyję Mikulicza nawet w rozleglejszych zniszczeniach stopy, w których przecież i tak amputacyję można wykonać w razie nieudania się resekcyi.

Z 18 dotychczas operowanych przypadków według Mikulicza u 13 zdolność używania odnogi jest wyśmienitą, z 5 pozostałych u 3 amputowano podudzie z powodu recydywy, 2 zaś chorych umarło w 8 względnie 10 miesięcy z powodu gruźlicy płuc. Wynik znakomity. W obec zaś tego, że operacyję tę można także, jak przypadek autora poucza, w rozleglejszych granicach wykonywać, przyszłość jéj jest wielką, w swych skutkach stanowczo większą aniżeli w operacyi Pirogowa. (*Verhandlungen der deut. Gesell. f. Chirurgie*). *Dr. Sondermayer.*

Raswell Park (Buffalo). **Tłuszczak jądra czyli raczéj znaczne nagromadzenie tłuszczu w Tunica vaginalis (communis?).**

Tłuszczaki sznurka nasiennego są dosyć rzadkiemi przypadkami, ale tłuszczaki jądra należą do niesłychanych rzadkości. P. miał sposobność obserwowania przypadku, do ostatniéj kategoryi należącego. U 40-letniego mężczyzny przed 18 miesiącami powstał obrzęk prawego jądra, który wzrósłszy do wielkości orzecha kokosowego ciężarem swoim i wielkością mocno dokuczał choremu. Worek mosznowy był wypełniony masą wypierającą jądro lewe w małą przestrzeń ku górze, guz zaś był stały, jednak miękki; w górnéj jego części można było wymacać jądro bolesne przy ucisku; skóra nad powierzchnią guza była przesuwalną; punkcyja wyko-

nana z powodu pozornego chełbotania w głębi nie wykazała płynu. Po nacięciu guza natrafiono pod osłoną pochwową na znaczną ilość tłuszczu tkanką łączną połączonego z jądrem; do téj tkanki łącznéj wchodziły naczynia i z jądra i ze sznurka, który przebiegał na 2 cale w obrzęku, zanim zdążył do jądra. Przepukliny pachwinowéj wykazać nie było można. Wykonano kastracyję, a masa wycięta ważyła 3 funty (amerykańskie. *Przyp. sprawozd.*). Co do punktu wyjścia guza, to naczynia dochodzące do guza od sznurka przemawiały za powstaniem jego ztamtąd, naczynia zaś od jądra przebiegające do guza świadczyłyby, że rósł od jądra; punkt wyjścia pozostanie więc rzeczą nierozstrzygniętą i nie da się wykluczyć powstanie ze sznurka nasiennego. P. po skrzętnych poszukiwaniach mógł znaleźć jeszcze 3 podobne przypadki opisane. (*Annals of Surgery*, Vol. III, Nr. 5, pag. 365).

Dr. Barącz.

Dr. Baštýř: **Czy t. zw. brodawka resorpcyjna (Resorptionsorgan) może szkodzić zębom stałym?**

W rozprawie téj umieszczonéj w *Oest. Ung. Vierteljahresschr. für Zahnheilkunde* zastanawia się Dr. B. nad możliwością podanego przez Dra Nessela twierdzenia, iż tkanka ziarnista, brodawkowata, pośrednicząca w zaniku korzeni zębów mlecznych przyczynia się także — przez rozpuszczenie soli wapniowych, — do nadżarcia zębów stałych, w sąsiedztwie których się znajduje. Najlepszy tego przykład podaje N. na zębach policzkowym pierwszym i trzonowym pierwszym, między które wklinowany jest drugi ząb trzonowy mleczny, wraz ze swą brodawką resorpcyjną: powyższe zęby stałe mają, zdaniem N., najczęściéj podlegać próchnicy. B. nie zgadza się z tém twierdzeniem, albowiem dotychczas nigdy nie zauważył bezpośredniego stykania się téjże brodawki z powierzchnią zęba stałego, daléj podnosi, iż według ścisłych obliczeń próchnica zajmuje daleko częściéj pow. żucia pierwszego z. trzonowego, jak jego pow. dośrodkową, skierowaną ku brodawce, wreszcie wykazuje, iż pod względem częstości próchnicy nie można na równi kłaść pierwszego z. policzkowego z pierwszym trzonowym, gdyż tamten, jak wykazali Linderer, Parreidt, Magitot i inni, daleko rzadziéj tę chorobę okazuje. — Ostatecznie przypuszcza B., iż jest możliwym szkodliwy wpływ brodawki na zęby stałe, okoliczności téj jednak ani B. ani żaden inny autor dotychczas nie stwierdził.

Dr. Szymkiewicz.

Okulistyka.

Dr. Bol. Wicherkiewicz: **Przyczynek do oftalmoterapii.**

Kwas garbnikowy w połączeniu z kwasem borowym w stosunku 1:3 okazał się autorowi dzielnym środkiem w przypadkach cierpień spojówki z następowém zajęciem rogówki, gdzie tak często zawodzą środki ściągające i drażniące. Lek miałko sproszkowany stosuje się raz do 2 razy dziennie na odwinięte powieki, poczém pod lekkim uciskiem palców na powieki środek działający rozprzestrzenia się jednostajnie na schorzałą powierzchnię.

Wskazania do tego sposobu dają na podstawie 1-rocznego doświadczenia autora następujące cierpienia z koleji co do dzielności działania:

1) Granulacyje z treścią rozmiękłą, mazistą, obok zgrubienia chrząstki w okolicy załamka. Tu zastosowanie środka poprzedza wygniecenie treści ziarn pomiędzy paznogciami dużych palców, poczém po spłukaniu rozmiękłéj masy i skrzepów krwi osusza się płatkiem płótna powierzchnię spojówki, a następnie za pomocą pędzla lub rozpylania zasypuje się w mowie będący proszek. Postępowanie to powtarza się 1—4 tygodni, a skutek jest tak wybitny, że po upływie tego czasu trudno wykazać ślad jaglicy.

2) Jaglica ciężka powikłana z śluzotokiem; nie mniéj skuteczne działanie leku należy tu po usunięciu śluzotoku wesprzeć środkami przyżegającemi (*Cupr. sulf.*, *arg. nitr.*), doświadczenie bowiem nauczyło autora, że naprzemienne stosowanie tych środków daje najlepsze wyniki tak co do sprawy pierwotnéj, jak i powikłań rogówkowych.

3) Jaglica w formie licznych ziarn twardych powikłana z grubą łuszczką w postaci wału okalającego rogówkę daje wskazanie przedewszystkiém do galwanokaustyki, podczas gdy bortanina oddaje w następowém leczeniu znakomite usługi.

4) Śluzotok przewlekły.

5) Zapalenia pryszczykowe rogówki i spojówki, zwłaszcza na tle zołzów. Środek ten nieocenionym okazał się autorowi w przypadkach, gdzie chorzy nie znosili maści Pagenstechera, a kalomel z powodu równoczesnego używania jodku potasu był przeciwwskazany. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*)

Dr. Sroczyński.

Dr. R. Hilbert: **Przyczynek do nauki o erytropsyi.**

Zagadkowe dotąd zjawisko erytropsyi nie doczekało się jeszcze mimo dość już poważnéj literatury tego przedmiotu zadowalającego rozwiązania. Każdy więc świeżo ogłoszony przypadek jest ważnym dla nauki nabytkiem, zwłaszcza jeżeli zbadany był wszechstronnie bez kierowania się z góry sympatyją dla téj lub owéj teoryi.

Takim, co prawda, przypadek Dra Hilberta nie był. Autor jest wyznawcą teoryi ośrodkowego (mózgowego) pochodzenia erytropsyi, a uprzedzony tak już z góry uwzględnił w badaniu te tylko dane, które mogły być wyzyskane dla téj właśnie teoryi.

Przypadek Hilberta dotyczył pewnego stolarza operowanego na jedném oku z powodu zaćmy w r. 1885 i wypuszczonego w 14 dni z okularami po ekstrakcyi. W jedenaście miesięcy potém zgłasza się chory do autora, podając, że przez rok blisko cieszył się dobrym wzrokiem bez doznawania bólu lub innych jakichś nieprzyjemnych uczuć, aż 14 września po gwałtowném uniesieniu, co sam zaznacza, cały świat otaczający ukazał mu się w barwie błyszcząco-czerwonéj. Stan ten trwał blisko 2 godziny, poczém zwolna ustąpił miejsca naturalnemu zabarwieniu przedmiotów. W dwa dni późniéj, po ponowném wzburzeniu, zjawisko powtórzyło się znowu. Uspokojony przez autora w swoim przestrachu chory nie dał już późniéj autorowi o sobie wiadomości.

Badanie wykazało zaćmę poczynającą prawego oka, na lewém wielkie *coloboma* ku górze, drganie tęczówki, w obrębie dość zresztą czystéj źrenicy tu i owdzie leciuchne pajęczynowate zamglenia. V=$^6/_{12}$ Hp. 12 D.; z pomocą + 16 D. czyta J. 3.

Na podstawie tak pobieżnego badania (o stanie dna oka nie ma żadnéj wzmianki) wyklucza autor możliwość przyczyn tkwiących w oku samém, a sądząc z jednego przypadku uważa za jedyną przyczynę wszystkich przypadków erytropsyi zboczenia w ośrodkach nerwowych. Jakkolwiek chory zgłosił się już po napadzie erytropsyi, żałować przecież wypada, że H. nie zbadał wcale poczucia barw ani pola widzenia dla tychże, a tém samém nie uwzględnił innych teoryj, jak np. teoryi kontrastu barw. Przypadek więc Hilberta traci wiele na wartości naukowéj, choć, co przyznać należy, owo bezpośrednie następstwo erytropsyi po wzruszeniu umysłowém przemawia wiele za wpływem mózgowym;

nie dowodzi go jednak wcale, bo nie zawsze stosunek następstwa jest stosunkiem przyczyny, a w szczególności wzruszenia umysłowe są tak częste, że doszukanie się ich w żadnym przypadku nie byłoby trudnêm. — Że zaś wpływów tkwiących w samém oku nie można lekko pominąć, dowodzi fakt: 1) że spostrzegano przypadki erytropsyi po zwykłéj midryazie atropinowéj, 2) że erytropsyja w znacznéj większości znanych przypadków występowała w oczach pozbawionych przez ekstrakcyję soczewki. (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*) *Dr. Sroczyński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 26.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Szczególną jest rzeczą, że uczucie palenia w żołądku nie okazało się zależne od jakości soku żołądkowego, gdyż na 31 przypadków z uczuciem palenia było przeszło połowa (19) z nadmiarowém wydzielaniem, ale równocześnie 4 ze zupełnym brakiem kw. solnego i ze zniesionêm trawieniem.

Natomiast uczucie gryzienia podawane przez 10 chorych jako robak żołądka zdarzało się zawsze przy nadmiarowém wydzielaniu kw. solnego z upośledzeniem mechanizmu. Zebrawszy więc wszystkie powyższe daty widzimy niestety, że tylko bardzo mało wskazówek zewnętrznych dla lekarza pozostaje, z którychby mógł wnosić o stanie wewnętrznym żołądka. Wykluczywszy nowotwór i wrzód żołądka, można się trzymać w przeważnéj części przypadków następujących wskazówek:

1. Dobre odżywienie chorego żołądkowego przemawia za lokalizacyją cierpienia na sam żołądek, złe zaś, wykluczając komplikacyje chorobowe w innych narządach, może wskazywać współcierpienie jelita, a szczególniéj cienkiego.

2. Przy wysokich jednak stopniach niedokrewności, a nawet charłactwa, można się także spodziewać u chorych młodszych podniecenia chemizmu trawienia, mianowicie nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego, chociażby i w jelitach nie było zboczeń chorobowych.

3. Wymioty u chorych żołądkowych zdarzają się przy możności wydzielania trawiącego a najczęściéj nadmiarowego kwaśnego soku żołądkowego. Tylko u starych pijaków dostrzegałem, że wymioty występują także i w obec niewydzielania się kw. solnego.

4. Przy silnych bólach w dołku podsercowym podczas ucisku nie należy przypuszczać braku kw. solnego.

5. Wysokie stopnie nerwowości u chorych żołądkowych wskazują bardzo często wysokie stopnie kwasoty w żołądku.

6. Nieugaszone pragnienie wskazuje prawie zawsze nadmiarowe wydzielanie z nadmierną kwasotą soku żołądkowego, w połączeniu z niedomogą mechaniczną.

7. Zarłoczność czyli fałszywy apetyt zdarza się prawie zawsze u chorych z nadmiarowém wydzielaniem kw. solnego połączonego z rozstrzenią żołądka.

8. Kwaśne odbijanie wydarza się w obec kwaśnéj treści w żołądku.

9. Uczucie gryzienia w żołądku wskazuje nadmiernie zadrażnioną błonę śluzową żołądka przez silnie trawiący kw. żołądkowy.

10. Przypady gastryczne miernego tylko stopnia przemawiają za niedowładem wydzielniczym żołądka, a prawie nigdy za wysokim stopniem nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego.

11. U izraelitów wyjątkowo tylko jest zupełny brak kw. solnego w żołądku, a skonstatowawszy brak soku żołądkowego kwaśnego, należy raczéj przypuszczać, że będzie się miało do czynienia z rakiem żołądka, aniżeli ze zwykłym niedowładem wydzielniczym.

12. Pomimo wszelkich danych wskazówek i przypuszczeń pomyłki dyjagnostyczne co do właściwych zboczeń funkcyjonalnych żołądka bez wewnętrznego badania są bardzo częste.

Przystępuję obecnie do uporządkowania materyjału, według obrazów chorobowych, aby zapatrywania na zboczenia chorobowe żołądka, które do roku 1884 tylko na 33 indywiduach wspólnie z kol. Gluzińskim zbadanych były oparte, obecnie, gdy nagromadziłem obszerniejszy materyjał, lepiéj uzasadnić, po części zaś uzupełnić, a po części zmodyfikować.

Z materyjału badanego wchodzi 188 (70 izraelitów a 118 chrześcijan) chorych żołądkowych do bliższego ugrupowania.

I. W 33 (17,5%) przypadkach nie można było dostrzedz za pomocą metod używanych do badania, ani większego zboczenia w wydzielaniu, ani w czynności motorycznéj żołądka, pomimo to istniały najrozmaitszego rodzaju przypadłości gastryczne, których statystycznêm wyliczaniem szanownych kolegów trudzić nie chcę, były one niekiedy tak silne, że i stosowanie podskórne morfinu musiało być użyte. Zboczenia chorobowe téj gromady, w których bliższy rozbiór dzisiaj się nie wdaję, uważałbym jako polegające na tle nerwowém. Pozwoliłbym sobie przytém zrobić uwagę, że tak, jak byłoby jednostronnêm brać wszystkich chorych żołądkowych jako cierpiących na podstawie zmian anatomicznych narządu, tak samo nieuzasadnionêm byłoby uważać wszystkich chorych żołądkowych z przypadłościami nerwowemi jako mających tło cierpienia nerwowe. Jeżeli bowiem uczy doświadczenie, że gdzieś odległe mało znaczące zmiany, jak nadżerki części pochwowéj macicy, obce ciała w odbytnicy itd. mogą wywoływać drogą odruchową objawy gastryczne i ogólne nerwowe, to również może być możliwém, że i dające się wykazać zboczenia w samym żołądku, chociażby i niewielkie, a podtrzymywane ciągłém drażnieniem żołądka przez pokarmy, mogą wywołać przypady gastryczne i ogólno nerwowe, podobnie jak te odległe zboczenia niemające bezpośredniego związku z narządem chorobowo zajętym. Rzeczą np. wiadomą jest, że wcale niewinne pokarmy, chleb, mleko itp. u pewnych osób wywołują nietylko przypady gastryczne, lecz i odległe nerwowe, np. ból głowy. Na mojéj statystyce opierając się twierdzę, że według dzisiejszego stanowiska dyjagnostyki mogłem znaleźć 17·5% przypadków z podstawą przypuszczalnie nerwową. Przypadki te dotyczyły inteligentniejszych i ruchliwszych osób. I tak na 33 indywiduów było 16 (23%) izraelitów, a 17 (9,5%) chrześcijan. Jednak i u tych 33 chorych mogłem spostrzedz pewne zboczenia funkcyjonalne, mianowicie, że u 10 z tych na szczycie trawienia wydzielanie kwasu solnego było nadzwyczaj znaczne, o jakiém u następnéj gromady chorych wspomnę. Mieliśmy więc tutaj nadmiernie kwaśny sok żołądkowy podczas trawienia będący najprawdopodobniéj powodem bólów po spożyciu pokarmów, którytо stan można nazwać *hyperaciditas digestiva.*

II. Druga gromada jest najliczniejszą, obejmuje 67 (36%) przypadków, przedstawiających następujące zboczenia od prawidłowego zachowania się. Ze żołądka czczego niczego lub tylko kilka cm.sz. treści bezbarwnéj wydobyć nie można, to też należy dla zbadania jéj wlać 100cm.sz. wody przekroplonéj. Treść ta zwykle bezbarwna zawiera HCl w ilości wystarczającéj do trawienia. Przebieg i natężenie wydzielania się kw. żołądkowego podczas trawienia są odmienne jak w stanie prawidłowym. Kwasota podczas trawienia podnosi się szybko i na szczycie kilka razy przewyższa kwasotę czczego żołądka, dosięga nawet 40; następnie w miarę kończenia się trawienia nie szybko ale powoli opada kwasota, i to nie do zera, tylko do pewnego dość jeszcze znacznego stopnia i na nim się utrzymuje. W treści żołądka mierna ilość jąder ziarnistych. Mechanizm żołądka jest zwykle, ale nie wiele upośledzony. Mamy więc jako najcharakterystyczniejszy objaw: ciągłe wydzielanie kw. żołądkowego o nadmiernéj kwasocie pochodzącéj od HCl tak w czasie trawienia, jakoteż i bez tegoż, jednakowoż bez nadmiernego wydzielania płynu. Stan ten chorobowy wskazuje ciągłe trwające podrażnienie narządu gruczołowego i może być nazwanym *secretio hyperacida continua simplex.* Objawy podmiotowe nie przedstawiają tu jednostajności

i wyliczaniem ich nie chcę nużyć. Zauważyć tylko muszę, że przeważna część chorych (45) była nerwowo-gastrycznych; dla tego na pozór przedstawiały się te przypadki na tle nerwowém, a największą ilość chorych 46% (32 przyp.) dostarczyli tu izraelici, a tylko 29% (35 przyp.) chrześcijanie.

III. Trzecia gromada obejmująca 47 (25%) chorych, odznaczała się daleko wybitniejszemi objawami tak podmiotowemi, jakotéż przedmiotowemi. W żołądku czczym znaczniejsza ilość płynu przeszło 20cm.sz. zwykle bez dolania wody daje się aspirować; płyn ten zwykle mętnawy lub opalizujący, zawiera bardzo często żółć zmienioną lub strzępy śluzowe zielonkowato-żółte, przesącz zaś bezbarwny; kwasota treści bardzo znaczna od kw. solnego, sok energicznie trawiący, daje bez obecności pokarmów w żołądku oddziaływanie na peptony; pod mikroskopem liczne jądra ziarniste. Mechanizm w wysokim stopniu upośledzony (białko pozostaje niekiedy przez 3 godzin w żołądku), a nawet z powodu rozstrzeni żołądka samoistnéj w 12 przypadkach pokarmy pozostawały do dnia następnego. Przebieg wydzielania soku żołądkowego podczas trawienia jest tu charakterystyczny: kwasota soku żołądkowego już i tak wysoka powoli się tu wzmaga, a na szczycie swym nie dochodzi nawet często do 2 razy wyższego stopnia, niż w żołądku czczym, poczém nieznacznie opada i stale utrzymuje się na znacznéj wysokości. Okazuje się ztąd, że narząd wydzielniczy jest tu do najwyższego stopnia podrażniony, tak że bodźce podniecające, mało tylko już oddziaływają na niego. Wydzielanie odbywa się ze znaczną ilością płynu kwaśnego. Mamy tu więc stan, który możemy scharakteryzować nazwą *Hypersecretio hyperacida continua v. catarrhus acidus*. Należy tu bowiem przypuścić, w obec długiego trwania cierpienia, wytworzenia się rozstrzeni i znacznego niedowładu mechanicznego, zmiany anatomiczne w narządzie. Objawy podmiotowe były tu bardzo różne; w tym kierunku warto nadmienić, że u 10 indywiduów z największą kwasotą było pragnienie nie do wytrzymania, którego zaspokojenie uspakajało także i przypady gastryczne. U 6 zaś chorych, którzy okazali się żarłocznemi wprowadzanie pokarmów do żołądka stale dolegliwości powiększało. Przeważna część (28) chorych uskarżała się na przypady tylko żołądkowe. Tak izraelici 25·7% jak i chrześcijanie (27%) byli tu prawie w równym stosunku zastąpieni.

IV. Czwarta gromada z 28 (15%) chorych złożona, przedstawiała następujące objawy. W czczym żołądku zaledwie kilka cm.sz. treści opalizującéj, ze strzępami śluzowemi białemi. Przesącz opalizujący, oddziaływanie przeważnie obojętne, gdyż tylko w 7 przypadkach było ono minimalnie kwaśne. Pod mikroskopem wyjątkowo tylko jądra połyskujące ziarniste. Trawienie sztuczne nawet po dodaniu HCl zwolnione. Przez zadrażnienie żołądka metodami używanemi otrzymuje się sok kwaśny, lecz kwasota nie jest dostateczna do dokładnéj peptonizacyi. Mechanizm tylko przy obecności rozstrzeni (6 przyp.) jest znacznie upośledzony. Mamy tu więc do czynienia z niedomogą wydzielniczą, któryto stan nazywa się: *Insufficientia secretionis acidae*. Objawy podmiotowe gastryczne w ogólności były tu o wiele mniejsze, niż w poprzedzających przypadkach. Stan przedstawiał się jako łagodny. Ani wybitnego pragnienia, ani żarłoczności tu nie zauważono; przeciwnie u 8u indywiduów łaknienie było zupełnie zniesione. Mimo to chorzy dobrze wyglądali, tak że u 8 stan ich zdrowia było można nazwać kwitnącym. Tu dostarczyła największéj ilości przypadków 19% (22) ludność chrześcijańska, izraelicka zaś tylko 8·5% (6).

V. Piąta i ostatnia najmniéj liczna gromada chorych, bo tylko 12 (6·3%), przedstawiała zupełny brak kw. solnego. Z żołądka czczego tylko za wlaniem 100cm.sz. wody można wyciągnąć treść silnie opalizującą lub białawo-mętnawą, śluzową z strzępami śluzowemi, bardzo trudno sączącą się. W przeważnéj części (9) przypadków ciecz ta nawet po zakwaszeniu kwasem solnym nie trawi. Również i podczas aktu trawienia oddziaływanie treści nigdy nie jest kwaśne, lecz treść kw. solnym zakwaszona zwykle (10 przyp.) jeszcze słabo trawi. Pod mikroskopem zupełny brak jąder ziarnistych. Mechanizm okazał się tu również opóźniony, chociaż ani razu objawów rozstrzeni żołądka nie dostrzeżono. Mamy tu więc do czynienia z niedowładem mechanicznym i zupełnêm zniesieniem chemizmu trawienia, któryto stan można uważać jako polegający na zmianach anatomicznych w błonie śluzowéj żołądka i nazwać *secretio mucosa catarrhalis v. catarrhus mucosus*. Pomimo tak głębokich zmian przypady gastryczne były nieporównanie mniejsze niż w nieżycie kwaśnym, gdyż przeszło u połowy (8) chorych był nawet względnie dobry apetyt. Nadto oprócz jednego wszyscy chorzy dobrze wyglądali. Przeszło połowa u (7) chorych nadużywała napojów wyskokowych, a ani jeden chory w téj gromadzie nie był izraelitą.

Na podstawie powyższych wyników, jakotéż kilku przypadków, w których co kilka miesięcy mogłem badać wewnętrznie zmiany funkcyjonalne żołądka, wypada mi powiedzieć, że powyższe obrazy chorobowe kliniczne po wykluczeniu przypadków mających tło czysto nerwowe, stanowią tylko różne okresy *(stadia)* choroby mającéj za podstawę błonę śluzową żołądka a przebiegającéj kolejno w następujący sposób.

W skutek pewnego momentu etyjologicznego, np. częstego a nadmiarowego używania napojów wyskokowych, występuje większa drażliwość *(vulnerabilitas)* narządu wydzielniczego, w skutek którego już zwyczajne bodźce, jakiemi są pokarmy sprawiają w czasie trawienia za silne wydzielanie kw. żołądkowego przez co powstaje obraz chorobowy wyżéj opisany jako *hyperaciditas digestiva*.

W dalszém działaniu szkodliwości wywięzuje się stan samowolnego podrażnienia narządu wydzielniczego, trwały i ciągły. Żołądek poczyna i bez zadziałania bodźców, jakimi są pokarmy wydzielać sok kwaśny od kw. solnego, który napotykamy przeto i w żołądku czczym; powstaje opisany obraz chorobowy *secretio hyperacida continua simplex*.

Ten stan wzmaga się coraz bardziéj do tego stopnia, że już nie ma prawie różnicy w wydzielaniu samowolném, a w skutek zadrażnienia przy trawieniu. W skutek czego sok żołądkowy już w znacznéj ilości i w czczym żołądku się nagromadza, co jest powodem dostawania się żółci do żołądka i licznego występowania ciałek wypocinowych z błony śluzowéj żołądka. Stan zaś chorobowy zajmujący już prawdopodobnie błonę mięsną zaznacza się niedowładem mechanicznym a często rozstrzenią żołądka. Mamy więc wyżéj opisany obraz chorobowy jako *catarrhus acidus v. Hypersecretio hyperacida continua*.

Chorobowo do najwyższego stopnia podniecona czynność błony śluzowéj z czasem słabnie i wygórowany chemizm trawienia maleje, dzielność wydzielonego kw. żołądkowego co raz to mniejsza, podczas gdy mechanizm nieco, ale nie zupełnie się poprawia, t. j. o tyle, że pokarmy z żółcią napowrót, z dwunastnicy do żołądka nie powracają, jak to miało miejsce w okresie nieżytu kwaśnego. Powstaje obraz niedowładu wydzielniczego *insufficientia secretionis*, który w pewnym okresie w obec zmniejszonych przypadów gastrycznych może uchodzić za stan wyleczony albo zupełnie prawidłowy, zwykle zaś określa się ten stan pojęciem żołądka słabego. Jednak zmiana ta chorobowa nie zatrzymuje się lecz coraz daléj postępuje, tak że ostatecznie nadchodzi ostatni okres chorobowy, w którym cały chemizm trawienia został całkowicie, a prawdopodobnie niepowrotnie, zniszczony, w obec miernie upośledzonego mechanizmu, a któryto stan nazwałem wyżéj *catarrhus mucosus*, nieżyt śluzowy. Przypady gastryczne trwają ciągle i statecznie, lecz w niskim tylko stopniu.

Jakie zmiany anatomiczne tym zboczeniom funkcyjonalnym towarzyszą, jest celem badania przyszłości. O ile w tym ważnym a ciekawym zakresie z badań anatomicznych innych i kilku spostrzeżeń moich można coś wnioskować, będę miał zaszczyt przedstawić Szanownym kolegom na jedném z następnych naszych posiedzeń.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IX w dniu 5 Grudnia 1886.

Przewodniczący: Prof. Korczyński; Obecni członkowie komisyi przemysłowéj: Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz, Obaliński; Członkowie zarządu Komisyji balneologicznéj: Sciborowski, Mars, Skorczewski i Surzycki; Członkowie komitetu wystawy krajowéj Baraniecki, Grabowski, Jordan i mag. farm. Stokmar; nadto Lutostański, Smoleński, Olszewski i Szajnocha.

I) Przewodniczący przedstawiwszy dotychczasowe usiłowania komisyi, poddaje pod dyskusyję dalsze zabiegi komisyi, które zdaniem jego zmierzać winny: 1. do wspólnego

działania wraz z Komisyją balneologiczną w celu popierania przemysłu zdrojowego krajowego 2. do założenia specyjalnego czasopisma balneologicznego, któreby zmierzało do podniesienia naszych zdrojowisk 3. do urządzenia na wystawie krajowéj osobnego pawilonu wyrobów przemysłowych, mających zastosowanie w lecznictwie 4. do założenia w Krakowie muzeum wyrobów przemysłowych w lecznictwie i w balneoterapii używanych wraz z wystawą nieustającą tych wyrobów. Zgromadzeni wnioski te uważają jako odpowiednie i upoważniają przewodniczącego do działania w celu ich urzeczywistnienia.

II) Przewodniczący donosi, że podjął rokowanie z dyrektorem Wystawy Krajowéj, co do urządzenia osobnego pawilonu wyrobów leczniczych i że uprosił Dr. A. Baranieckiego do przygotowania w tym kierunku.

Dr. A. Baraniecki w dłuższym wywodzie określa przedewszystkiem zakres przedmiotów, które mają być pomieszczone w projektowanym pawilonie lekarsko-balneologicznym. Jest on przedewszystkiem za têm, aby projektowana wystawa nie była przyrodniczo lekarską, tak jak dotychczasowe wystawy podczas Zjazdów łekarskich urządzane; lecz wystawą przemysłowo lekarską, jak to już sam zakres wystawy krajowéj określać się zdaje. Sądzi więc, że należy się ograniczyć do przedmiotów ściśle lekarskich i farmaceutycznych i tylko do pewnych grup higijenicznych, a zatrzymać z działu higijenicznego tylko to, co bezpośrednio wchodzi w zakres działania lekarza i to tylko, jeżeli ma na względzie rozwinięcie przemysłu krajowego w pewnym kierunku. Wielki dział ogólny pożywek musi być osobno uwzględniony na ogólnéj wystawie krajowéj, przyjęcie więc tego działu do pawilonu przemysłu leczniczego jest niemożebne, raz przez zetknięcie z wielu innemi obcemi nam grupami, a powtóre dla materyjalnych względów z powodu swéj obszerności. Ograniczyć się więc należy do tych przedmiotów, które bezpośrednio służą do odżywiania chorych i rekonwalescentów. Również i dział chemiczny wkracza nadzwyczajnie do działu lekarsko-farmaceutycznego, a z drugiéj strony opiera się jeszcze daleko więcéj na różnych grupach przemysłu ogólnego. Ograniczyć się więc należy i pód tym względem tylko do przedmiotów, mających bezpośrednio styczność z wykonawstwem lekarskiêm i takie tylko pomieścić w pawilonie. Z działu budowniczego również ograniczyć się wypadnie tylko do rzeczy bezpośrednio z wykonawstwem lekarskiêm się stykających. Kosmetyki o tyle tylko wchodzić mogą w dział lekarski, o ile należą one do kosmetyków hygijenicznych, o znanym i poprzednio stwierdzonym składzie chemicznym.

Ogólne te zasady jednogłośnie przyjęto, poczêm Dr. Baraniecki uzasadniał daléj szczegółowo wniosek swój, który opiewa: Dążyć należy, ażeby na przyszłéj wystawie krajowéj przedmioty, mające związek z medycyną, umieszczone były w osobnym pawilonie, nie jako osobna grupa wystawowa, lecz z zupełnêm poddaniem się pod ogólny program wystawy, tak, aby w pawilonie tym mogły być umieszczone przedmioty rozmaitych grup, o ile mają związek z medycyną, jednak z zupełnêm zachowaniem łączności z odnośnemi grupami wystawowemi, i ugrupowane nie według jakiegokolwiek systemu naukowego, tylko według poszczególnych grup przemysłowych w ogólnym programie wystawy przyjętych.

Nad wnioskiem tym toczyła się żywa wymiana zdań, a to jedynie tylko w tym kierunku, czy korzystniejszém jest staranie się o osobny dział lekarski t. j. o ustanowienie osobnéj grupy przemysłu lekarskiego, tak np. jak grupa przemysłu górniczego i. t. p., czy téż lepiéj będzie poprzestać tylko na osobnym pawilonie, któryby gromadził w sobie rozmaite przedmioty z poszczególnych grup wystawowych o tyle tylko razem zestawione. o ile mają stycznosc z medycyną. Ostatecznie uchwalono wniosek Dr. Baranieckiego, jako korzystniejszy dla wystawców i uproszono go, aby wniosek ten wniósł na pełnem posiedzeniu Komitetu wystawy. W razie gdyby Komitet wystawy z tym projektem się nie zgodził, uchwalono, żądać osobnéj grupy wystawowéj, obejmującéj cały przemysł lekarski.

Następnie przedstawił Dr. Baraniecki ogólny projekt ugrupowania przedmiotów w pawilonie przemysłowo-lekarskim z zachowaniem ogólnych grup. Według projektu tego wystawa przemysłowo-lekarska miałaby następujące działy: Dział I. Narzędzia i przyrządy fizyczne, optyczne, meteorologiczne i chemiczne, o ile mają zastósowanie do celów dyjagnostycznych, leczniczych, higijenicznych i farmautycznych. Dział II. Narzędzia chirurgiczne, anatomiczne położnicze, okulistyczne, weterynarskie. Dział III. Bandaże chirurgiczne, ortopedyczne; gorsety i inne wyroby rękawicznicze, do celów lekarskich i higijenicznych służące. Dział IV. Przyrządy przewozowe (nosze, lektyki, wozy do przewożenia chorych i rannych, namioty) maszyny, przyrządy a względnie modele do wyrobów farmaceutycznych, do wyrobu wód mineralnych, do desinfekcyji, do celów higijenicznych i lekarskich służące. Przyrządy hydroterapeutyczne gimnastyczne i t. p. Dział V. Przetwory chemiczne i farmaceutyczne, kosmetyki hygijeniczne, środki desinfekcyjne. Pożywki służące do podawania chorym, jako to pieczywa lekarskie, biszkopty, pierniki z lekami, wyroby słodowe, piwo, wódki, jakotéż konserwy i wyroby cukiernicze zaprawne lekami. Dział VI. Środki do żywienia chorych i rekonwalescentów (chleb strawny i razowy, powidła, pasty, syrupy, galarety, wyciągi mięsne i warzywne, bulion w tabliczkach, mleko zgęszczone, serwatka, maślanka, kiszki grochowe, suchary wojskowe i w ogóle konserwy do żywienia mas ludzi zdrowym i tanim pokarmem z łatwością przechowującym się). Dział VII. Wody mineralne naturalne i sztuczne i przetwory zdrojowe. Urządzenia balneotechniczne i balneoterapeutyczne. Modele i okazy. Literatura zdrojowa. Statystyka. Urządzenia gospodarskie miejscowe, mające na względzie porządek i wygodę chorych. Dział VIII. Budownictwo i inżynieryja; plany, modele i rysunki: baraków. ambulansów, szpitali, budynków wchodzących w zakres gospodarstwa szpitalnego, fabryk przetworów farmaceutycznych i wszelkich innych do celów lekarskich służących, daléj plany i rysunki przewietrzania, ogrzewania i oświetlenia, urządzenia kloak, ścieków i t. p. osobliwie w szpitalach i w budynkach szpitalnych. Opisy gospodarstw szpitalnych, organizacyja, rachunkowość, kontrola, statystyka. Dział IX. Sztuki graficzne i rysunki, zastosowane do odwzorowania i przedstawienia przedmiotów naukowo i przemysłowo lekarskich, do użytku farmaceutycznego, balneologicznego i t. p. Dział X. Naukowo-lekarski. Wydawnictwa krajowe lekarskie i farmaceutyczne. Preparaty anatomiczne i patologiczne. Odlewy gipsowe, odciski i podobizny przedmiotów odnoszących się do nauk lekarskich i farmaceutycznych. Dział XI. Miscellanea t. j. przedmioty, które nie mogły wejść do żadnego z powyższych działów a mianowicie: *a)* materyjał apteczny i naczynia farmaceutyczne i chemiczne, jak słoje, butelki na leki i wody mineralne, *b)* materyjał szpitalny i sprzęty z drzewa, roboty bednarskiéj, tokarskiéj, koszykarskiéj i t. p., *c)* odzież, bielizna, i materyjał szpitalny z wełny, bawełny, jedwabiu lnu i t. p. *d)* papiery kolorowe i wyroby introligatorskie do użytku aptecznego *e)* Ogrody lekarskie handlowe. Rośliny lekarskie żywe i przechowywane (nasiona, zioła) suszarnie i t. p.

Wreszcie omawiano sprawę podkomitetu wykonawczego, osobnego katalogu, wyboru sędziów, ilości nagród współudziału w téj sprawie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i t. p. i upoważniono Przewodniczącego do dalszego działania w tych kierunkach. *Doc. Dr. Gluziński*, Sekretarz.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 16 listopada 1886 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 10.

1) Przewodniczący powitawszy członków obecnych po raz pierwszy zebranych po feryjach letnich poświęcił kilka słów wspomnienia świeżo zmarłemu śp. prof. Althowi, którego jedna z ostatnich prac naukowych była poświęconą Szczawnicy.

2) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi 15 broszur treści balneologicznéj, ofiarowanych Komisyi za pośrednictwem prof. Korczyńskiego przez Dra Baranieckiego oraz 6 broszur od siebie.

3) Dr. B. Skórczewski przedstawił Komisyi następujące dwa wnioski:

1. Ponieważ wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich w piśmiennictwie w ogóle, nie wyłączając polskiego, są skąpe i niedostateczne, ponieważ w piśmiennictwie zagranicznêm zwłaszcza z ostatnich dwóch lat prawie żadnych nie ma

wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich, ponieważ w dziełach balneologicznych, zwłaszcza niemieckich, spotyka się wiadomości o polskich zdrojowiskach po części przestarzałe, po części zaś zupełnie fałszywe, przeto czyni wniosek: Komisyja utworzy osobny Komitet, którego zadaniem będzie: szerzyć wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich w piśmiennictwie polskiém, a zwłaszcza w piśmiennictwie zagraniczném i ku temu celowi zawiąże odpowiednie stosunki z czasopismami lekarskiemi niemieckiemi i francuskiemi.

2. Ponieważ we wrześniu 1887 r. odbędzie się wystawa przemysłowa krajowa, ponieważ przemysł zdrojowy krajowy także powinien być na niéj uwidoczniony, ponieważ zaś ten przemysł ze względu na szczęśliwy zwrot kraju w ostatnich latach powinien być przedstawiony we wszelkich szczegółach; przeto czyni wniosek: Komisyja balneologiczna utworzy osobny Komitet, któryby się zajął 1. wypracowaniem planu, w jaki sposób i w jakich rozmiarach ma być urządzoną wystawa balneologiczna na wystawie krajowéj w Krakowie; 2. porozumieniem się co do całéj téj sprawy z Komitetem wystawy krajowéj w Krakowie; 3. porozumieniem się i ułatwieniem wszystkim zdrojowiskom galicyjskim w urządzeniu téj wystawy. — Nadto tenże Komitet ma się zająć urządzeniem Zjazdu lekarzy zdrojowych, właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk, oraz osób tym działem nauki i przemysłu bliżéj się zajmujących w całéj Polsce, a to pod koniec września lub w początkach października rb.

Komisyja wnioski w zasadzie przyjmuje, lecz nie widzi potrzeby tworzenia nowych osobnych Komitetów, zwłaszcza, że już istnieją w Towarzystwie Komisyje sprawozdawcze do czasopism zagranicznych, oraz Komisyja przemysłowa, któréj zadaniem popieranie przemysłu krajowego w zastósowaniu do rzeczy lekarskich; co zaś do urządzenia wystawy należy się porozumieć z delegatem Towarzystwa lekarskiego do Komitetu wystawy. Ostateczném załatwieniem tych wniosków zajmie się zarząd Komisyi, która w tym celu w jak najkrótszym czasie się zbierze.

4) P. Trochanowski, asystent zakładu chemicznego U. J., podał wiadomość o wynikach rozbioru chemicznego wody 48 studzien miasta Przemyśla, oraz wody rzeki Sanu. Rozbioru tego dokonał z polecenia Magistratu tego miasta w pracowni chemicznéj prof. Czyrniańskiego, przedwstępnych robót dokonawszy na miejscu. Opierając się na wynikach rozbioru chemicznego, poczytał ośm wód studziennych za zupełnie nieodpowiednie, z tych kilka na wniosek fizyka miejskiego Dra Dworskiego Magistrat zamknąć polecił; a co do kilku porobiono stósowne ulepszenia dla usunięcia zanieczyszczeń, które stanowiły amonijak, kwas azotawy, a w największéj ilości kwas azotowy. Siedm poczytał za zupełnie odpowiednie wszelkim wymaganiom, 6 za odpowiednie, 16 za możebne do użytku, a 11 za mniéj odpowiednie. Główną myślą, która skłoniła Radę miejską do zarządzenia rozbioru wód, było wykazanie, jakie miasto posiada wody, o ile one są zdolne do użytku, a wreszcie chciano poruszyć sprawę ważną nader dla Przemyśla zaprowadzenia wodociągów, do czego skłania ta okoliczność, że wszystkie studnie są w wodę ubogie, najwięcéj zaś wody posiadają te, których woda jest nieodpowiednią do użycia. W dyskusyi przewodniczący podniósł tę okoliczność, iż miasto Przemyśl może służyć za wzór innym miastom w uwzględnieniu stosunków higijenicznych, a okoliczność ta têm więcéj zasługuje na uznanie, że studnie wskazane, jako posiadające wodę nieczystą i do użycia nieodpowiednią, natychmiast zamknąć polecono, co niestety nie wszędzie się dzieje.

Dr. Ściborowski.

VI. Zjazd lekarski w Moskwie.

Między 16 i 23 stycznia odbył się 2gi Zjazd rosyjskich lekarzów w Moskwie, poświęcony pamięci Pirogowa. Przewodniczył mu prof. chirurgii Dr. Sklifosowski. W Zjeździe wzięło udział 1287 lekarzów (na zeszłorocznym w Petersburgu było tylko 500), w téj liczbie kobiet lekarek 58 i 1 lekarz bułgarski. Jedna z pań przewodniczyła w sekcyi społecznéj medycyny i higijeny. Najwięcéj lekarzów było z Moskwy 656, z Petersburga 87, z Kijowa 30, Charkowa 22 i Warszawy 11. W liczbie warszawskich lekarzów, z których 4ch było rosyjan, zapisana nie znana nam p. Maryja Walicka, jakoby wolno praktykująca w Warszawie lekarka. Z prowincyjonalnych lekarzów Król. Polskiego, prócz jednego lekarza wojskowego, żaden nie brał udziału w Zjeździe.

Kilku naszym rodakom okazano cześć wybraniem ich przewodniczącymi sekcyj, których było 14, a mianowicie: prof. Hoyera sekcyi anatomii i antropologii, prof. Krassowskiego, honorowego łejbakuszera, sekcyi akuszeryi i chorób kobiecych, prof. Dogiela sekcyi farmakologii, balneologii i elektroterapii, prof. Mierzejewskiego sekcyi chorób nerwowych, Dra Talki sekcyi chorób ocznych.

Odczyty mieli z warszawskich lekarzów: 1) Dr. M. Steinberg o wacie opatrunkowéj, wyrobionéj z torfu otwockiego i cennéj z powodu swéj hydroskopijności. 2) Dr. Grandilewskij o używanym w Warszawie proszku otwockim, jako środku odwaniającym. 3) Dr. Neugebauer (syn) o miednicy spondylolistycznéj, 4) Prof. Hoyer o przejściu tętnic w żyły śledziony. 5) Prof. Dogiel z Kazania mówił: *a*) o znaczeniu lekarzy w walce przeciw nadużyciu tytoniu i spirytualijów, *b*) o wpływie barw widma na ustrój człowieka i zwierząt, wreszcie *c*) dowodził, iż teoryja Binza, dotycząca działania arszeniku na organizm zwierzęcy, nie ma znaczenia naukowego. 6) Dr. Fijałkowski z Berdyczowa mówił o kwestyi: co robić z jaglicą w wojskach? Prócz tego czytali swoje rozprawy i inni rodacy nasi, przybyli na Zjazd z rozmaitych stron Cesarstwa i wielu z nich brało udział w rozprawach na posiedzeniach sekcyj.

Z licznych naukowych rozpraw odczytanych na Zjeździe, wspominamy tu tylko dwie, które nadzwyczaj nas zainteresowały: 1) prof. Kremjanskiego (z Charkowa) o urządzeniu i użyciu wdechającego pulweryzatora do leczenia gruźlicy płuc. Aparat jego podobny do tureckiego kaljana. Do wdechania autor gorąco zaleca rozczyn aniliny, zabijającéj laseczniki nietylko w płucach ale i we krwi. 2) Dr. v. Stein (z Moskwy) mówił o wpływie tonów i drgań kamertonu na oczy. Poddając świnki morskie drganiom kamerton upo upływie 8—10 godzin wywoływał u nich zaćmę okołojądrową. Po zniszczeniu ucha zaćma tworzyła się daleko prędzéj, bo po 2—4 godzinach. Ztąd wnosi prelegent, że drgania wywołują zaćmę, a tony powstrzymują jéj rozwój.

Posiedzenia Sekcyj miały miejsce w gmachu t. zw. nowego uniwersytetu, posiedzenia wieczorne Sekcyi spół. medycyny i higijeny w sali dumy miastowéj. Na posiedzeniach publicznych byli obecni: Minister oświecenia, kurator mosk. naukowego okręgu, generał-gubernator, „głowa“ miasta i w. innych dygnitarzy.

Dla członków Zjazdu otwarte były wszystkie kliniki, szpitale, muzea, pamiątki w pałacu Kremla i świątyniach itp. Godne były zwiedzenia wystawy: 1) instrumentów chirurgicznych i środków opatrunkowych, 2) mikroskopów, techniki mikroskopowéj i bakteryjologii, i 3) preparatów farmaceutycznych i materyjałów aptecznych, w któréj wzięli udział mosk. farmaceutyczne Towarzystwo, petersb. chemiczne laboratoryjum i mosk. aptekarz-kupiec Köller.

Zjazd był świetnym. Zarząd miał do dyspozycyi, prócz wpisowego od członków, 5500 rs., — 5000 rs. asygnowała na ten cel Mosk. duma miestowa i 500 rs. Ziemstwo gubernijalne. Podczas Zjazdu wychodził „*Dziennik 2go Zjazdu ross. lekarzów*“, pod staranną redakcyją prof. Bobrowa; wy-

szlo 10 jego numerów (in 4to, str. 192); prócz prótokółów z posiedzeń sekcyjnych znajdujemy w nich treściwy opis szpitali m. Moskwy.

Jednocześnie odbył się też w Moskwie 1szy Zjazd ross. psychijatrów, któremu przewodniczył Dr. Mierzejewski, prof. med. chir. Akademii w Petersburgu. Prezydujący na publicznêm posiedzeniu wygłosił świetną mowę o społczesnych przyczynach chorób umysłowych. Dr. Rothe z Warszawy, jako jeden z wiceprezesów Zjazdu, miał odczyt o statystyce chorób umysłowych i historyi szpitali dla umysłowo-chorych w Polsce. Zjazd psychijatrów uświetnił się otwarciem psychijatrycznéj kliniki w Moskwie, ufundowanéj przez p. Mamonową. Przepysznie urządzony zakład wzniesiony został na t. zw. Dziewiczém polu, gdzie ongi bojarzy moskiewscy składali przysięgę za wierność królewiczowi Władysławowi.

3ci Zjazd ross. lekarzów odbędzie się w przyszłym roku w Petersburgu. Nie brali dotąd udziału — jak dawniéj — farmaceuci i przyrodnicy. Zaprojektowano jednak, aby nadal farmaceuci dopuszczani byli do sekcyj farmacyi i farmakognozyi. *Dr. T.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Neusser: Badania nad pelagrą.

Z polecenia Ministerstwa udał się w roku zeszłym Dr. Neusser, rodak nasz i asystent prof. Bambergera we Wiedniu, do Gorycyi celem zbadania przyrody i przyczyn choroby zwanéj pelagra. Ciekawe wyniki, do jakich doprowadziły go pilne badania, przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich w zajmującym wykładzie, który w streszczeniu niniejszém podajemy.

Pierwszym, który pisał o pelagrze był Frapolli w XVI wieku, ale dopiero od roku 1735, gdy dokładniejsze wiadomości podał Casal, pojawiają się liczniejsze badania i opisy tego cierpienia, którego nazwa zdaje się pochodzić od pel agra = skóra chropawa.

Pelagra pojawia się u włościan tak w nowym jak i w starym świecie, a mianowicie w północnéj Hiszpanii, południowéj Francyi, w Lombardyi i w Wenecyjańskiém, w całéj prawie Rumunii, w Austryi, w Friulu, a prawdopodobnie i na Bukowinie. W Afryce, w Algierze i pomiędzy Kafframi Zulu. W Ameryce sporadycznie w Meksyku.

Rasa zatém jest bez wpływu, równie jak wiek i płeć. Oseski jednak nader rzadko ulegają chorobie a dzieci nie często. U tych ostatnich zdarzają się jedynie najlżejsze przypadki objawiające się wysypką bez przypadów ze strony jelit i systemu nerwowego. Dzieci okazują zatém pewną tolerancyję na szkodliwość pelagry. Co do dziedziczności to wpływ jéj jest wątpliwym. Na wiosnę wzmagają się objawy pelagry.

Dokładnéj statystyki z nikąd nie posiadamy. Według wykazów prywatnych i urzędowych pośród 36588 mieszkańcami Friulu było w r. 1886 1086 (około 3%) chorych na pelagrę a pomiędzy tymi 96 (około 9%) przypadków obłędu; w niektórych atoli okolicach liczba dotkniętych dosięga 25%.

Co do sposobu pożywienia, to najwięcéj chorych dostarcza ludność najuboższa, żywiąca się prawie wyłącznie polentą kukurudzauą. Tak samo ma się rzecz w Rumunii, mimo że ludność tamtejsza używa mleka, sera, jarzyn strączkowych, a nawet mięsa.

Choroba cechuje się szeregiem objawów skórnych, jelitowych i nerwowych. Najpierw pojawia się osłabienie, bóle głowy, zawroty, bóle krzyżów, zboczenia w przewodzie pokarmowym a równocześnie po największéj części z początkiem wiosny na odkrytych częściach ciała, najczęściéj na grzbiecie ręki i stopy rumień.

Po kilkomiesięcznêm trwaniu przy równoczesnêm łuszczeniu się zajętych miejsc ustępują objawy skórne, a przebieg choroby jest na pozór ukończonym. Z nadchodzącą wiosną powtarza się atoli cały szereg objawów, przyczém niektóre z większém nasileniem. Osłabienie wzmaga się, występuje charlactwo, język bywa czerwony i suchy, wzmagają się rozwolnienia i zjawiają się ciężkie objawy mózgordzeniowe, zboczenia umysłowe, częste kurcze i kontraktury z zanikiem mięśni równie jak zboczenia czucia, a często odbierają sobie chorzy w tym okresie życie lub giną wśród objawów tyfusowych lub mózgowych.

Gdy choroba jeszcze więcéj postępuje, to rozwija się osłabienie serca z następstwami, wzmaga się wycieńczenie, występuje porażenie odnóg i pęcherza, rozpływne stolce wodne, puchlina, a przejście zboczeń umysłowych w końcowe ogłupienie kończy tragiczny obraz.

Uleczenie może nastać w okresach początkowych, w których nie ma jeszcze niedających się naprawić zboczeń ważnych dla życia narządów, gdy chory zamieni szkodliwe wpływy na stosunki przyjaźniejsze. W późniejszych okresach rokowanie *quo ad valetudinem* jest wątpliwe. Czas trwania choroby jest różny, stosownie do okoliczności i przeciąga się, jak różni autorowie podają, do 10 i 15 lat.

Zazwyczaj wybuch wyrzutów poprzedza równocześnie z wystąpieniem objawów jelitowych i nerwowych pewien okres zwiastunów, cechujący się lżejszemi nerwowemi objawami, w którym dostrzedz się dają wzmożone odruchy ścięgniste, objaw twarzowy, psychiczne pobudzenie połączone z ziemistą barwą skóry i ogólnêm osłabieniem. Objawy nerwowe polegają na psychicznéj a mianowicie melancholicznéj zmianie usposobienia, uczuciu obawy, myślach samobójczych, szaleństwie i halucynacyjach w końcu na ogłupieniu. Zboczenia czucia polegają na bolu głowy, zawrotach, szumie w uszach, bólach grzbietu i karku, swędzeniu skóyr, uczuciu zimna w odnogach dolnych a rzadko na mrowieniu. Odruhcy ścięgniste niejednako się zachowują.

Zboczenia ruchu objawiają się kurczami, drzeniem włókienek mięśniowych za mechanicznêm drażnieniem. Drzenie rzadko się zdarza w czystéj pelagrze. Wspomniany objaw twarzowy w większéj liczbie przypadków bywa wybitny.

Najważniejszemi i najwybitniejszemi objawami są zmiany na skórze. Pomijając zabarwienie skóry występujące nawet u chorych o jasnéj barwie włosów, zasługują szczególniéj na uwagę rumienie.

Okoliczność, że końce palców u nóg i rąk jakotéż i skóra nóg u ludzi noszących obuwie nie okazują rumienia, przemawia za têm, że słońce mocny wpływ wywiera w tym kierunku. Możnaby przypuszczać, że rumienie te są zwykłemi rumieniami od słońca na skórze uraźliwéj i źle odżywionéj jak w cukrówce.

Jako objawy jelitowe występują: zgaga, brak apetytu, żarłoczność, zaparcie stolca z wzdętym, rzadziéj zapadłym brzuchem. Język bywa obłożony, okazuje w największéj liczbie przypadków rozpadliny, często regularnie rozłożone, przez co język wygląda jak szachownica. Dziąsla rozpulchnione, czasem krwawiące, ślina kwaśno oddziaływa. Rozbiór stolców dal różne wyniki. Wykładający znalazł trójfosforany; całkowitych

ziarnek skrobi nie znalazł, a szczątki ich wykazywał jod w niewielkiéj tylko ilości.

Uderzającém jest stałe napotykanie w stolcach jaj pasorzytów: *taenia ascaris, oxyuris, trichocephalus*, ale nigdy nie znaleziono *anchylostomum*.

Cuboni, który czynił badania bakteryjologiczne, podaje: 1) że stolce zdrowych w ogóle mniéj obfitują w prątki niż stolce pelagrą dotkniętych; 2) w stolcach chorych na pelagrę znajduje się wyłącznie jeden rodzaj prątków identyczny z *bacterium maidis*, wykrytym w zepsutéj kukurydzy przez Majochiego.

Paltauf potwierdza istnienie swoistego prątka w zepsutéj kukurydzy, ale obecności prątków w stolcach nie uważa za udowodnioną. Krew okazuje się prawidłową. W zazwyczaj słabo kwaśnym moczu w pojedynczych tylko razach wykryto ślady białka, a cukru i acetonu nigdy. Kształt czaszki nie okazywał zboczeń.

Miesiączkowanie z wyjątkiem wielce niedokrewnych odbywało się prawidłowo.

Czynność serca była w ciężkich przypadkach osłabioną, tętno odpowiednio temu słabe, miękkie, ale prawidłowe. Wątroba i śledziona prawidłowe, gruczoły pachwinowe i karkowe czasem obrzmiałe. Chorzy wyglądali kachektycznie, blado, zdarzają się jednak przypadki i u dobrze odżywionych, silnych i zażywnych.

Pelagra bez komplikacyj przebiega bez gorączki. Powikłaną bywa pelagra z tyfusem brzusznym, z alkoholizmem, najczęściéj z zimnicą i to w najcięższych przypadkach, w Rumunii z kiłą wszelkiego stopnia, za to z gruźlicą prawie nigdy. Niektóre choroby zdają się sprzyjać powstawaniu pelagry: alkoholizm, niedokrewność, krwotoki i charłactwo zimnicze. Ciąża i połóg nie wpływają na pelagrę i na odwrót pelagra na nie, za to w epoce karmienia często wybucha pelagra ostro.

Pelagra może przebiegać w postaci 1) czynnościowéj choroby umysłowéj, noszącéj zazwyczaj cechę melancholiczną, rzadziéj napadów gwałtownych, a najrzadziéj manijakalnych; 2) amyotroficznego stwardnienia bocznego; 3) tetanii; 4) zapalenia opon mózgowych lub duru; 5) długotrwałéj *gastroenteritis* lub dysenteryi, które zdają się być najczęstszą bezpośrednią przyczyną śmierci chorych na pelagrę, gdyż większa część chorych umiera z nie dającéj się powstrzymać biegunki; 6) długotrwałego zwyrodnienia narządów z następowym ich zanikiem; 7) istotnego charłactwa względnie niedokrewności, przypadki te przypominają błędnicę, złośliwą niedokrewność, w ogóle cierpienia połączone z ciężkiemi zboczeniami odnowy krwi; 8) choroby Addisona; 9) czystéj choroby skóry z zarodkowym rozwojem reszty objawów; 10) w postaci, w któréj przed wystąpieniem objawów na skórze występują inne objawy pelagryczne w ten sposób, iż usprawiedliwioném jest oznaczenie *pelagra sine pelagra*.

Ostateczny wynik dochodzeń jest ten: Pelagra jest chorobą polegającą na delikatnych zboczeniach odżywienia w zakresie systemu nerwu sympatycznego i do niego należących naczyń, wywołaną przez jad, który w nietrujących jego pierwocinach rozwoju zawiera kukurydza.

Pierwociny te rozwoju tworzą się w kukurydzy prawdopodobnie jedynie pod wpływem *bacterium maidis* i należą do grup glikozydów lub żywic aldehydowych. Pierwociny te przy usposobieniu jelit a więc w jelitach kandydatów do pelagry ulegają przy oddzieleniu istoty trującéj, prawdopodobnie lotnéj, rozkładowi i nastaje w tych razach jelitowe samozakażenie. Oddzielenie to w pewnych okolicznościach może nastać w polencie i w ten sposób tę ostatnią zatruć. Może to także nastać w przyrządach do destylacyi wódki, a przez to ta ostatnia stać się nośnikiem pelagry. W tych przypadkach pelagra byłaby wynikiem bezpośredniego zatrucia, w innych zaś razach jelitowego samootrucia.

Mowca rozebrał daléj obszernie anatomiję patologiczną i etyjologiję pelagry, dowodząc, że choroba zostaje w związku z używaniem kukurydzy, a że szkodliwość tkwi jedynie w zepsutéj kukurydzy i to tak w polencie jak i wódce i piwie przyrządzonych z zepsutéj kukurydzy; pelagra nie jest jednak mykotyczném cierpieniem jelit. N. uwydatnia daléj środki ochronne, w pierwszym rzędzie zakaz uprawy pewnych gatunków kukurydzy, zaprowadzenie suszarń, magazynów pod nadzorem urzędowym, badania w gorzelniach, uprawę innych zbóż, dobrą wodę do napoju i poprawę wielu stosunków socyjalnych, zwłaszcza w Friulu.

W rozprawie, jaka nastąpiła, prof. Kaposi nadmienił, że obserwował parę razy cierpienie skóry przebiegające w postaci pelagry u osób, które ani nie pochodziły z okolic, gdzie kukurydza bywa uprawianą, ani też wódki z kukurydzy nie piły.

Dr. Neusser mniema, że możebną jest rzeczą, iż już przy jednorazowém użyciu małych ilości wyskoku dostaje się do ustroju znaczniejsza ilość jadu, który mógłby się też i w zepsutych ziemniakach wywiązać może przez wytwory rozszczepienia solaninu, mogące samootrucie wywołać. (*W. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 5). *Dr. Grabowski.*

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu Vgo Wydziału krajowego Sejmowi przedłożonego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2)

Sprawa klinik krakowskich. Według zawiadomienia c. k. Namiestnictwa uchwalił c. k. Rząd przystąpić w najbliższéj przyszłości do budowy pawilonu dla kliniki chirurgicznéj w Krakowie. Budynek stanie na gruncie Morgensterna, położonym naprzeciw szpitala św. Łazarza, z drugiéj strony ulicy Kopernika. Ponieważ grunt ten znajduje się w bliskości szpitala św. Łazarza, przeto nie czyniliśmy żadnych zarzutów co do połączenia administracyi kliniki tam zbudować się mającéj z zarządem szpitala. Co zaś do gruntu pod budowę reszty kliniki, to Wysoki Sejm polecił Wydziałowi krajowemu uchwałą z dnia 23 stycznia 1886 r. „ażeby przeprowadził rokowania z c. k. Rządem celem obrania na budowę klinik uniwersyteckich i bezpłatnego odstąpienia placu niezabudowanego, stanowiącego własność funduszu krajowego w obrębie miasta Krakowa a w razie, gdyby to okazało się niemożebném, upoważnił Wysoki Sejm Wydział krajowy, aby odstąpił bezpłatnie grunt tak zwany „na Blichu“ wraz z zabudowaniami w myśl uchwały z dnia 13 lipca 1880 r.“ W wykonaniu téj uchwały upraszaliśmy c. k. Namiestnictwo o zawiadomienie nas o wyborze gruntu na budowę klinik. Według odezwy c. k. Namiestnictwa z 6 października 1886 r. l. 59.703 miało oświadczyć c. k. Ministerstwo wyznań i oświaty w reskrypcie z 28 sierpnia 1886 r. l. 17.392, iż ze względu na wynik dochodzeń ściśle i wszechstronnie przeprowadzonych tylko grunt „na Blichu“ może być wybrany pod budowę klinik — rozumie się z wyjątkiem kliniki chirurgicznéj, która stanie na gruncie Morgensterna. Przyjmując to do wiadomości, wydaliśmy na żądanie c. k. Namiestnictwa formalną deklaracyję (LW. 60.009/1886), iż grunt „na Blichu“ bez jakiegokolwiek wynagrodzenia za budynki na nim się znajdujące, zostanie odstąpiony c. k. Rządowi, lecz że użyty być może tylko pod budowę klinik akademickich, będzie zaś oddany c. k. Rządowi w fizyczne posiadanie dopiero przed samém przystąpieniem do wybudowania na nim rzeczonych klinik. Zarazem upraszaliśmy o wczesne zawiadomienie nas o terminie rozpoczęcia budowy klinik, ażebyśmy mogli zawczasu obmyśleć stosowne pomieszczenie dla służby szpitalnéj oraz dla warstatów ślusarskich i stolarskich, które

obecnie znajdują się w dwóch budynkach „na Blichu“. Wówczas będziemy musieli udać się do Wysokiego Sejmu z prośbą o wyznaczenie kredytu na postawienie dla szpitala nowego budynku gospodarskiego. Co zaś do kwestyi objęcia przez szpital św. Łazarza ekonomicznego zarządu klinik, to na żądanie c. k. Ministerstwa wyznań i oświaty obradowała w téj sprawie w lutym 1885 r. w Krakowie komisyja, złożona z reprezentantów c. k. Rządu i Wydziału krajowego, w któréj brali też udział kierownicy krakowskich klinik akademickich. O wyniku obrad téj komisyi zdaliśmy już sprawę Wys. Sejmowi w r. zeszłym, przedstawiając warunki, od jakich delegat nasz imieniem Wydziału krajowego uczynił zawisłem objęcie zarządu klinik. W komisyi téj była też poruszona kwestyja taks, jakie połączonym ze szpitalem klinikom będą miały być opłacane. Obecnie uiszcza fundusz krajowy za leczenie ubogich chorych: *a)* na klinice medycznéj, chirurgicznéj i okulistycznéj po 65 ct. dziennie od osoby, *b)* na oddziale ginekologicznym zwykłą taksę szpitalną, t. j. obecnie 63 ct., *c)* na oddziale położniczym po 90 ct. Ewentualną nadwyżkę wydatków ponad taksę pokrywa dotychczas fundusz edukacyjny. Delegat nasz oświadczył, że fundusz krajowy będzie opłacał wszystkim klinikom połączonym ze szpitalem, tylko zwykłą taksę szpitalną, t. j. jak obecnie 63 ct. z wyjątkiem za obłąkanych i chorych syfilistycznych, za tych bowiem pobiera szpital taksę 80 ct. Od tego żądania odstąpił późniéj nasz delegat w toku rokowań z następujących powodów: Delegat c. k. Rządu poruszył sporny stosunek kliniki położniczéj i zażądał przyznania, że takowa po preniesieniu na grunt szpitala jako jego integralna część przejdzie całkiem na koszt funduszu szpitalnego t. j., krajowego, a to na podstawie umowy z r. 1868, którą jako nie wykonalną zastąpiono w r. 1873 prowizoryjnym dotychczas obowiązującém. Ponieważ wykonanie téj umowy obciążyłoby znacznie budżet szpitala, przeto oświadczył Wydział krajowy przez usta swego delegata, że bylibyśmy skłonni zamiast zwykłéj taksy szpitalnéj, jak początkowo proponowaliśmy, opłacać wszystkim klinikom bez wyjątku, gdy będą w obrębie szpitala i pod jego zarządem rzeczywisty wydatek na chorego (około 72 ct. dziennie), t. j. po potrąceniu wydatków, które mają wpływ na koszta leczenia w szpitalu, jednak nie mogą wpływać na koszta leczenia w klinice, jak np. wydatki na płacę i emolumenta służby lekarskiéj, na restauracyję budynków szpitalnych, utrzymanie ogrodów itp. Ustępstwo takie zrobiliśmy jednak pod warunkiem, że i klinika położnicza po wybudowaniu jéj na gruncie szpitala św. Łazarza, administrowaną będzie przez zarząd tego szpitala w ten sam sposób jak inne kliniki; dopóki to nie nastąpi, obowiązywać ma prowizoryjum. Tak więc za zwolnienie od uciążliwéj dla funduszu szpitala umowy, dotyczącéj kliniki położniczéj, godzimy się na podwyższenie opłaty za chorych na wszystkich klinikach.

Fundacyja Kosvitzkyego dla ciemnych. Zmarły w Andrychowie ś. p. Józef Kosvitzky przeznaczył rozporządzeniem ostatniéj woli jednę obligacyję indemnizacyjną im. wart. 1.050 zł. m. k. na utworzenie osobnéj fundacyi dla zakładu ciemnych w Krakowie. Fundator objawił życzenie, ażeby obdzielano co roku w dniu jego śmierci dochodem z rocznych odsetek najgodniejszego wychowanka powyższego zakładu. C. k Namiestnictwo zawiadomiło nas (LW. 31.689/1886) o tym zapisie, zapytując czy Wydział krajowy przyjmie zarząd téj fundacyi; w takim razie mieliśmy przedłożyć zarys aktu fundacyjnego. Wydział krajowy postanowił przyjąć zarząd fundacyi, o czém zawiadomiliśmy bezzwłocznie c. k. Namiestnictwo. Ponieważ atoli dotychczas Kraków nie posiada zakładu dla ciemnych i nie wiadomo, kiedy go mieć będzie, dla tego zapytywaliśmy c. k. Namiestnictwo, czy aż do chwili powstania takiego zakładu w Krakowie niemogliby z fundacyi téj korzystać ciemni w Krakowie zamieszkali, bez różnicy wyznania, a to w ten sposób, ażeby stosownie do woli fundatora w dniu jego śmierci udzielony został roczny dochód fundacyi najgodniejszemu ze zgłaszających się ciemnych. Po nadejściu decyzyi c. k. Namiestnictwa, które nam dotychczas w téj sprawie nic nie odpowiedziało, przystąpi Wydział krajowy do sporządzenia zarysu aktu fundacyjnego. (C. d. n.)

Dr. Józef Barzycki, c. k. lekarz powiatowy w Rzeszowie: **Szkice statystyczne o śmiertelności w Austryi z lat ośmiu 1875—1882 ze szczególném uwzględnieniem Galicyi i W. Ks. krakowskiego.** Rzeszów 1886, str. 65 z XIII tablicami.

Pod powyższym tytułem pojawiła się praca jednego ze starszych lekarzy powiatowych dla nas tém cenniejsza, ile że nader rzadko pojawiają się podobne publikacyje ze strony naszéj służby zdrowia. Autor obliczał na zasadzie dat ogłaszanych przez centralne pismo statystyczne w Wiedniu stosunki śmiertelności dla całéj monarchii austryjackiéj, dla poszczególnych jéj krajów i większych jéj miast, tak co do ogólnéj śmiertelności jak i ważniejszych przyczyn śmierci.

Według tego obliczenia Galicyja obok Bukowiny zajmuje najgorsze miejsce. Wymierało w niéj w namienionćm 8-mioleciu 34,8 według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców, podczas gdy średnio wymierało w całéj monarchii 30,9. Z miast galicyjskich Nowy Targ wykazuje najniższy wykładnik śmiertelności 25,9; najwyższy Tłumacz 37,9.

W wschodnich powiatach Galicyi wymierało średnio 37,9; w zachodnich tylko 30,1; na rok i 1000 mieszkańców.

Z chorób zakaźnych umarło średnio w całéj Austryi 594, a w całéj Galicyi 958, czyli blisko dwa razy tyle na 100000 mieszkańców.

Pomiędzy chorobami zakaźnemi z ospy umarło średnio w Austryi całéj 63, w Galicyi 60 na 100000 m. Zachodnie powiaty Galicyi osobliwie m. Kraków (152), powiat krakowski (148), wielicki (147) i kolbuszowski (114), straciły najwięcéj osób skutkiem téjże choroby.

Z odry straciła Galicyja 91 na 100000 m., tj. 2 razy więcéj aniżeli średnio z niéj ginęło w całéj Austryi (66). Z tyfusu umarło średnio w całéj monarchii 77 na 100000 m., w Galicyi 131. Czerwonka pochłonęła w całéj Austryi 109, w Galicyi 207; z błonicy i dławca 191 w całéj Austryi, 270 w Galicyi naturalnie na 100000 mieszkańców.

W szeregu miast większych Kraków zajął przedostatnie miejsce w rzeczoném 8-mioleciu co do częstości przypadków śmierci skutkiem chorób zakaźnych, Czerniowce ostatnie. Z tychże chorób umarło w Galicyi blisko połowa zmarłych w całéj monarchii 105 na 100000 m.; w m. Krakowie 156. Z braku sił żywotnych umarło średnio w całéj monarchii 271, w Galicyi 345, w samym m. Krakowie 705 na 100000 m. Z suchót płucnych umarło w całéj Austryi 370, w Galicyi 330. Samobójstw było średnio 16 w całéj Austryi, w Galicyi 10.

W ciągu uwzględnionego 8-miolecia było w Galicyi 22000 urodzin mniéj aniżeli przypadków śmierci. Omawiając następnie środki lecznicze i pomoc lekarską, wykazał Dr. B., że w Bukowinie i Galicyi wypada najmniéj łóżek szpitalnych, bo 1 na 2104, a względnie 1 na 1480 mieszkańców. Również i łóżek dla położnic wypada w Galicyi 1 na 98770 m., w Bukowinie 1 na 43869, w Tryjeście 1 na 5639, w Austryi dolnéj 1 na 3769. Lekarzy wypadało 1 na 7149 m. w Galicyi, 1 na 1143 w obwodzie tryjesteńskim. Akuszerek wypadało w Bukowinie 1 na 2768 m. W Galicyi 1 na 5221 m, w Austryi górnéj 1 na 880 m., w Morawie 1 na 875. Aptek wypadało w Galicyi 1 na 23240 m., w Bukowinie 1 na 27151, w Salcburgu 1 na 2026, w Austryi górnéj 1 na 2593.

Smutny horoskop przedstawia autor dla ludności galicyjskiéj po takiém zestawieniu i słusznie wyraża ubolewanie, że żródłem téj przerażającéj niedoli jest u nas zaniedbanie tak dobrze fizyczne jak i moralne. Każdy się z nim zgodzi na szereg środków zaradczych, jakie zestawił w 16 zdaniach i jakie prawie w każdém sprawozdaniu Rada krajowa zdrowia wylicza.

Wdzięczność należy się autorowi za podjęcie się tak żmudnéj pracy a to tém bardziéj, że nie szczędził nawet wydatku, aby ją własnym nakładem drukować. *Dr. Buszek.*

* Na posiedzeniu Izby poselskiéj Rady Państwa z d. 28 stycznia r. b. uzasadnił dep. Roser wniosek następujący: „Wzywa się Rząd, aby według wzoru ces. Urzędu zdrowia w Berlinie utworzył podobną instytucyję w Austryi i przedłożył odpowiedni projekt ustawy“. Wniosek ten odesłany został do Komisyi.

O Rozporządzenie dotyczące sprzedaży złożonych leków (win leczniczych, syrupów, pigułek, plastrów, maści itd.) C. k. Ministerstwo spraw wewn. wydało, jako wskazówkę postępowania, objaśnienie następujące: Opis sposobu przyrządzania, który według § 1 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 17 września 1883 winien się znajdować przy lekach po aptekach sprzedawanych, służyć ma tak do tego, aby w aptekach odnośne leki według niego przyrządzano, jak również, aby umożliwić nadzór przez porównanie go ze sprzedawanemi lekami co

do wszelkich własności fizycznych a w szczególności co do smaku i zapachu. Postanowienie § 1 ust. 2 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 17 września 1883 Nr. 152 Dpp., iż leki. co do których z dodanego przepisu przyrządzania nie możnaby na pewne poznać istoty środka lekarskiego pod względem jakościowym i ilościowym, w ogóle sprzedawanemi być nie powinny, równie jak w postanowieniu z d. 1 lutego 1884 l. 4824 zawarte wezwanie, iż przepis przyrządzania przez robiącego lek ma być wystawionym, stanowią dla sprzedaż leków nadzorującéj władzy politycznéj dalsze środki pomocnicze wykluczania od sprzedaży wszelkich leków, których sposób przyrządzania przez niedokładność, nieznane oznaczanie środków lub wątpliwe pochodzenie usuwa się od wymienionego nadzoru.

* Zakład Pasteura. Parlament francuski mając uchwalić uznanie tego zakładu za zakład ogólnego dobra od czego zawisło upoważnienie do składek publicznych itd., postanowił odroczyć uchwałę uważając nowe dochodzenia za potrzebne.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,0. Z błonicy i dławca umarło 2 (4 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z gruźlicy 5 (7 z. t); z zapalenia płuc 8 (14 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 3 płonicy, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 7, w Wiedniu 4, w Budapeszcie 29, w Pradze 2, w Rzymie 19, w Wenecyi 1. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Hamburgu 17, w Paryżu 29, w Londynie 14, w Petersburgu 13. Z odry umarło: w Berlinie 7, w Wrocławiu 10, w Paryżu 37, w Londynie 65. Z płonicy umarło: w Budadeszcie 9, w Londynie 16, w Chrystyjanii 6, w Petersburgu 10. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 41, w Dreźnie 10, w Hamburgu 16, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 17. w Pradze 10, w Paryżu 23, w Londynie 20, w Chrystyjanii 12, w Kopenhadze 13, w Petersburgu 15, w Warszawie 13. Z krztuśca umarło: w Paryżu 11, w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,7; we Lwowie 41,1; w Brodach 35,4; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 44,4; w Przemyślu 41,6; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 47,4; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 29,3; w Warszawie 24,0; w Poznaniu 33,8; w Wiedniu 28,1; w Salcburgu 15,6; w Gracu 35,4; w Tryjeście 42,6; w Insbruku 28,3; w Pradze 34,0; w Bernie 30,4; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 28,3; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 21,2; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 19,6; w Hamburgu 30,9; w Kolonii 29,0; w Królewcu 21,9; w Lipsku 16,7; w Mnichowie 23,5; w Strasburgu 19,1; w Amsterdamie 24 6; w Brukseli 22,3; w Budapeszcie 35,5; w Chrystyjanii 23,0; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 21,8; w Odesie 27,9; w Paryżu 26,1; w Petersburgu 29,0; w Rzymie 29,4; w Stokholmie 24,1; w Wenecyi 29,0.

VIII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 10 lutego Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Rydel chorego, na którym wykonał irydotomiję z pomyślnym skutkiem i podał uwagi o téj operacyi, następnie Dr. Krokiewicz przedstawił preparat z przypadku przepukliny Littrégo, operowanego przez prof. Obalińskiego. W końcu docent Gluziński miał wykład zapowiedziany o sparteinie.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza 4 zadania do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. Dra Adama Helbicha, podane już w pismach lekarskich w roku przeszłym, oraz donosi, że przyznaną będzie nagroda z funduszu prof. Chałubińskiego za najlepszą pracę lekarską, ogłoszoną w ciągu lat czterech (od 1 kwietnia 1884 do 1 kwietnia 1888 r.). Po szczegóły odsyłamy do *Gazety Lekarskiéj* Nr. 6 z r. b.

* Otrzymaliśmy zawiadomienie, że baron Leon Lenval w Nicei przeznaczył 3000 franków jako nagrodę za sporządzenie aparatu lekkiego, polepszającego słuch chorych, a opartego na zasadach mikrofonicznych. Sędziami będą pp. Bischoff w Bazylei, Benni w Warszawie, Gellé w Paryżu i Politzer w Wiedniu; jednemu z nich należy przesłać przyrządy do ostatniego grudnia r. b. Ogłoszenie nagrody nastąpi na Zjeździe otyjatrów w Brukseli we wrześniu 1888 r.

* **Berlin.** Zjazd 16ty chirurgów niemieckich odbędzie się od 13—16 kwietnia pod przewodnictwem prof. Volkmanna.

* **Bukareszt.** Honoraryjum lekarskie. Dr. Schapira, poddany austryjacki, rodem z Biały w Galicyi, leczył panią jeneralową Cantili; gdy pacyjentka umarła, małżonek tak pobił lekarza. że tenże umarł z ran odniesionych. Zachodzi pytanie, czy i jakie kroki przedsięweźmie poseł austryjacki celem otrzymania satysfakcyi. O ile wiemy, zmarły kolega, uczeń szkoły wiedeńskiéj, a przed laty 20 i kilku znany w Wiedniu ze swego wykształcenia lekarskiego, zostawia wdowę i kilkoro dzieci.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gryfija.** Nadzw. prof. Grawitz mianowany prof. zwyczajnym anatomii patologicznéj. — **Lipsk.** Docent prywatny Dr. Altmann mianowany prof. nadzw. anatomii.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj Dr. Józef Friedberg w Krakowie

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Bolesław Dereniowski, rodem z Mikuliniec w Galicyi.

* **Nekrologija.** W tydzień zaledwie po uroczystości jubileuszowéj Spolek lek. česk. poniósł dotkliwą stratę przez nagłą śmierć Dra Józefa Zita, jednego z najczynniejszych swych członków, najgodniejszych kolegów i gorliwych pracowników. Dr. Zit urodzony w r. 1850 w Vejtzbcach pod Kładnem, wcześnie osierocony wychowany był staraniem czcigodnego, a nam tak sympatycznego X. kanonika Sztulca; nauki gimnazyjalne i lekarskie ukończył w Pradze, był zrazu sekundaryjuszem w szpitalu dla dzieci a późniéj asystentem prof. Steinera; po powstaniu Wydziału lek. czeskiego habilitował się w nim jako docent chorób dzieci. Pogrzeb jego odbył się d. 2 bm. przy udziale uniwersytetu, lekarzy i licznych stowarzyszeń. Cześć jego pamięci!

W Atenach umarł prof. położnictwa i były minister Miltiades Welzelos, w Londynie Edwin Chadwick, reformator higijeny w Anglii, w Bonnie tajny radzca sanitarny Dr. Richarz zawołany psychijatryk. — W Kazaniu umarł b. profesor chirurgii Dr. Sutkowski w 67 roku życia. Wychowaniec uniwersytetu wileńskiego, habilitował się w Kazaniu w r. 1848 a w r. 1860 mianowany został profeserem chirurgii. — W Berlinie umarł słynny prof. położnictwa Karol Schroeder. Urodzony d. 11 września 1838 roku w Strelicach w Meklemburskiém, w r. 1864 otrzymał dyplom doktorski, był asystentem Veita w Bonnie, 1866 habilitował się tamże, w r. 1868 mianowany profesorem w Erlandze a w r. 1876 w Berlinie. — W Pradze umarł emer. prof. nadzw. medycyny sądowéj na wydziale prawn. Dr. Franciszek Ksawery Güntner w 75 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 6: Brauna (z oddziału prof. Obalińskiego). Rozwój antyseptyki i wpływ téjże na choroby przyranne w oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w Krakowie (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Drobnika: O podwiązaniu tętnicy tarczowéj dolnéj; Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym;

Redakcyja otrzymała

Dr. DANIŁŁO: K'uczeniu o priedskazanii pri duszebnych bolieżniach. St. Petersburg 1886. (Odbitka z „Wracza“) in 8vo str. 25.

Dr. S. PERKOWSKI: O zszywaniu nerwów wraz z opisem przypadku zszycia następczego n. promieniowego. (Odbitka z „Kroniki Lek.“ z r. 1887), in 8vo str. 22.

Dr. SEIFMANN: Zdanie sprawy o szkole weterynaryi we Lwowie za 5 letni okres jéj istnienia. Lwów 1886, in 8vo str. 67 z tabl

Dr. GLUZIŃSKI (z kliniki prof. Korczyńskiego): O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych. (Odb. z „Przeglądu Lek.) 1886, in 8vo str. z tabl.

Drowie GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. (Odb. z Przegl. Lek.) in 8vo str. 10.

Drowie GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Uiber Hypersecretion u Hyperaciditāt des Magensaftes. (Odb. z W. med. Presse 1886) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. FINGER E. Die Syphilis u. d. venerischen Krankheiten. M. 4. col. Taf. 8 Wien, Toeplitz u. D. M. 7.

HEINEKE W. Compendium der chirurgischen Operations- u.

Verbandlehre. 3 Aufl. II Spec. Theil M. 253 Holzschn. 8 Erlangen, Besold. M. 9.

HOFFMANN u. RAUBER. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 3 Aufl. 2 Band. 2 Abth. M. 300 Holzschn. 8 Erlangen. Besold. M. 14. —

STRICKER S. Allgem. Pathologie der Infectionskrankheiten 8 Wien, Hölde. M. 4.

ZWEIFEL P. Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien und die Dammrisse. M. 67 Holzschn. u. 1 Taf. 8 Stutthart, Enke. M. 4.60

BALL B. De dla responsabilité partielle des aliénés. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 1½.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Kijowie. Rozprawę szan. kolegi umieścimy nie zadługo i odbitki zamówimy. Przepraszamy za zwłokę, której przyczyną jest nawał materyjału

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.